化学 生活 健康 丛书

柴枝楠 编

家庭急救指南



化学工业出版社

化学·生活·健康丛书

家庭急救指南

柴枝楠 编

化学工业出版社
·北 京·

（京）新登字 039 号

图书在版编目（CIP）数据

家庭急救指南/柴枝楠编．—北京：化学工业出版社，1997

（化学·生活·健康丛书）

ISBN 7-5025-1800-2

Ⅰ．家…　Ⅱ．柴…　Ⅲ．家庭-急救-指南　Ⅳ．R459.7-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字（96）第 19327 号

化学·生活·健康丛书

家庭急救指南

柴枝楠　编

责任编辑：任惠敏

责任校对：麻雪丽

封面设计：郑小红

*

化学工业出版社出版发行

（北京市朝阳区惠新里 3 号　邮政编码 100029）

新华书店北京发行所经销

北京市昌平振南印刷厂印刷

三河市延风装订厂装订

*

开本 787×1092 毫米 1/32　印张 4 7/8　字数 110 千字

1997 年 3 月第 1 版　　1997 年 3 月北京第 1 次印刷

印　数：1—4000

ISBN 7-5025-1800-Z/TQ·943

定　价：7.00 元

前　言

“化学”是一门既古老又年轻的科学。人类社会发展到今天，“化学”这门科学不仅仅是停留在科学家、工程师、教授手中的学问，而且已渗透到人们生活的方方面面，可以说当今世界是一个无处没有化学的世界。人们的衣食住行有化学，学习、工作中有化学，娱乐、健康、物质文明中也有化学。现代科学技术的发展既为化学创造人类物质财富开辟了广阔无垠的前景，也为化学贴近生活、提高生活质量、促进人体健康提出愈益丰富的新课题。化学科学在应用领域里的实际发展业已被世人公认，它除了创造物质财富，还能清洁环境，美化生活，营造氛围，使人们的生活更为丰富多彩、健康、愉快。

不可否认的另一面是，人们生活中不时会遇到化学污染、化学中毒、化学过敏、化学引发的燃烧或爆炸等问题，令一些人有“谈虎色变”之感。这种理解有失偏颇，至少有些片面。本套丛书就是帮助人们认识，进而掌握、利用化学这门科学的科学普及读物。

《化学·生活·健康》丛书涉猎广泛，内容丰富，贴近生活，文字深入浅出，通俗易懂，雅俗共赏。家庭购置，既实用又富品位；中学化学教师参阅，有助于活跃课堂气氛，提高教学效果；广大青少年阅读，可以增长知识，开阔视野。

本丛书第一批推出11个分册，它们是：《纤维、纺织品、服装与饰品》、《家庭用药须知》、《常见疾病的食疗与食补》、《微量元

素与人体健康》、《调味品、食品添加剂与人体健康》、《家庭急救指南》、《家庭防虫灭鼠》、《胶粘剂的妙用》、《居室美化与人体健康》、《生活皮革品的选购与保养》、《家庭安全用电》。

编　者

1997 年 1 月

内 容 提 要

本书以通俗语言、简捷的文字讲述了在日常生活中当有人突发急病或遭受意外伤害而濒临死亡时，其家属、亲友及周围的人应该采取何种有效措施进行救助。

书中首先介绍了几种易于为一般人掌握而且也最有效的急救技术，如人工呼吸、体位排痰、止血、包扎、胸外心脏按压术等。在此基础上进一步介绍了对于家庭中一些常见急症，如心绞痛、急性心肌梗塞、中风、呕血、哮喘等，以及一些意外伤害、急性创伤、急性中毒等的救治方法。为方便读者本书还介绍了应如何看急诊？什么情况必须看急诊？及如何配置家庭药箱等知识。

目　　录

急救史话（代序）

古人云："天有不测风云，人有旦夕祸福"。在这"旦夕祸福"之中最可怕的是突发的灾害性事故和疾病，因为它们往往会使生命之光熄灭。然而这仅仅是第一个悲剧，第二个悲剧是伤员和病人有救活可能，但由于目击者没有掌握正确的急救方法而眼睁睁看着病人死去。甚至有时伤病者本不至于立即死亡，但由于不适当搬运和处置反而使其毙命。对于第一个悲剧，作为个人往往无能为力，而第二个悲剧则完全有可能避免。为此人人都应当学习掌握一些急救的知识与方法。在某种意义上讲，当你的亲人遭遇突发病灾时，在医生和急救车到来之前，能够拯救他们生命的就是你！

提到急救技术，常被认为是具有极强专业性，非常人所能掌握。其实并非如此，就拿最"尖端"的心肺复苏术来说吧，其实在很早很早以前人们已经掌握了。复苏的方法甚至是哺乳动物的一种本能。例如母代生下子代时，往往自觉不自觉地用舌头舔去刚生下子代口腔及鼻腔的分泌物和异物，防止子代窒息，这就是"吸痰"，这就是"开放气道"，这就是"复苏"。

我国是世界上第一个以文字记载心肺复苏术的。那是公元219年，东汉时期名医张仲景在他的著作《伤寒杂病论》中描述的。公元1300年，另一个文明古国埃及的一名助产士名叫希伯来，也记载了复苏法。欧洲国家到文艺复兴时期才开始有这方面的记载。近代伴随着解剖学和麻醉技术的发展，心肺复苏方法日臻完善。50年代提出体外心脏按压的"心泵学说"，70年

代提出心肺复苏中的“胸泵学说”。随着医学的发展，脑复苏等许多新的复苏理论和方法也应运而生。

在现代社会生活中急救医学越来越受到广泛重视，急救医疗的作用越来越大。这是因为随着人们生活水平提高，人均寿命延长，社会步入老龄化。与之俱来的脑出血、脑梗塞、心肌梗死等心脑血管疾病发病率大大增加。现代化的生活又带来不少“现代病”、“文明病”，例如噪音、电击伤、火灾、中毒、自杀等等。当这些意外损伤和疾病发生时，若能在最初的 4～6 分钟内施行初级复苏和急救，就可以大大提高抢救病人的成功率。救命如救火，起死回生的黄金时间就掌握在我、你、他手中。在一些急救医学发达的国家，急救方法普及到家庭、消防队员、出租车司机等。我国也逐步进行复苏法的普及。

“人皆可为尧舜”。只要学习，掌握初级复苏技术和基本方法并不困难。

这本小册子就是想以通俗易懂的语言，深入浅出地把常见的急救医疗知识介绍给大家。让急救医学从深奥的殿堂里解放出来，走入平常百姓家。作者写这本小册子时，参考国内外有关急救医疗的科普读物数种，结合自己长期从事急救医疗的实践经验，以图文并茂的方法，介绍了常用急救技术、家庭常见急症的救治办法、意外伤害与急性创伤以及急性中毒等的急救对策。并在附录里介绍了北京主要医院的急诊科通讯联络办法，介绍了医学检查正常值和急诊常识。从努力贴近生活的宗旨出发，集知识性、趣味性、可读性于一体，愿本书的出版能对广大读者学习掌握自救互救知识与技术有所裨益。

在本书编写中主要参考并借用了王德生先生编写，安徽人民出版社出版的《外伤急救》及日本国德田虎雄先生编著，乔思杰译，河南科学技术出版社出版的《家庭急救新法》两书的

部分插图。

本书在编辑出版过程中得到出版社大力支持，责任编辑详细对全书进行了勘校，提出许多宝贵意见，在此一并表示感谢。

编者

1996.8

第一章　常用急救技术

一、胸外心脏按压术

日常生活中有人看着看着电视突然倒下，有人大便时倒在厕所里，有人大喜过望之时突然大汗淋漓摔倒在地上。见到上述情景发生，我们必须立即做出判断：此人是否心跳骤停？如果有人突然倒下，呼之不应，再摸摸他的大动脉（颈动脉、股动脉）是否有搏动，如果也摸不到大动脉搏动，那么就可以判定其心跳突然停止了（图 1）。此时如果积极实施心脏按压（图 2），且方法得当，突然停跳的心脏还可以恢复跳动，病人还可以起死回生。

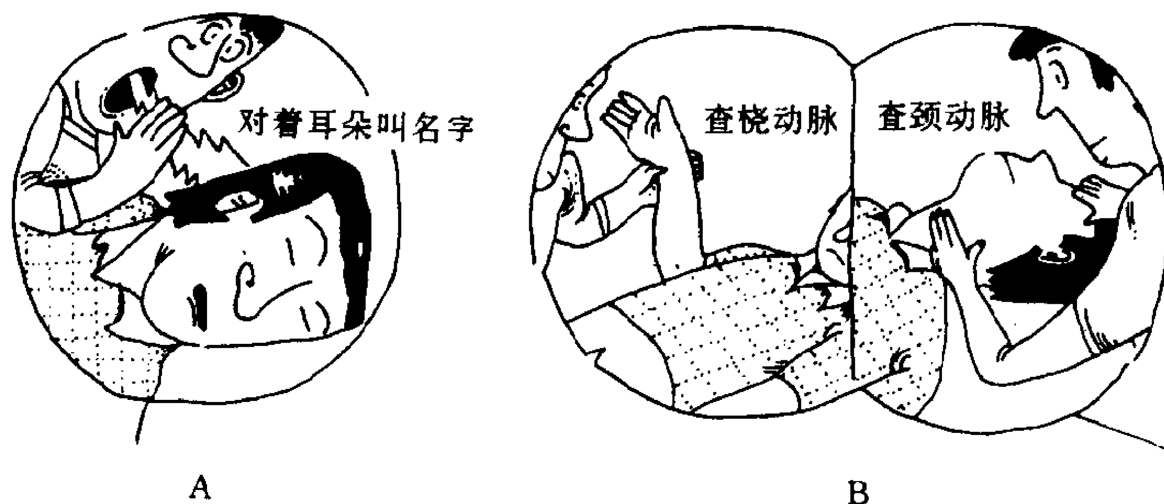


图 1　判断心跳骤停方法

心脏按压时病人仰面平卧于木板床上、地板上，如果是弹簧软床则必须在病人背部垫一块硬木板。按压者一手掌根放于病人胸骨下 1/3 处，另一手重叠在上，两臂垂直，用按压者身

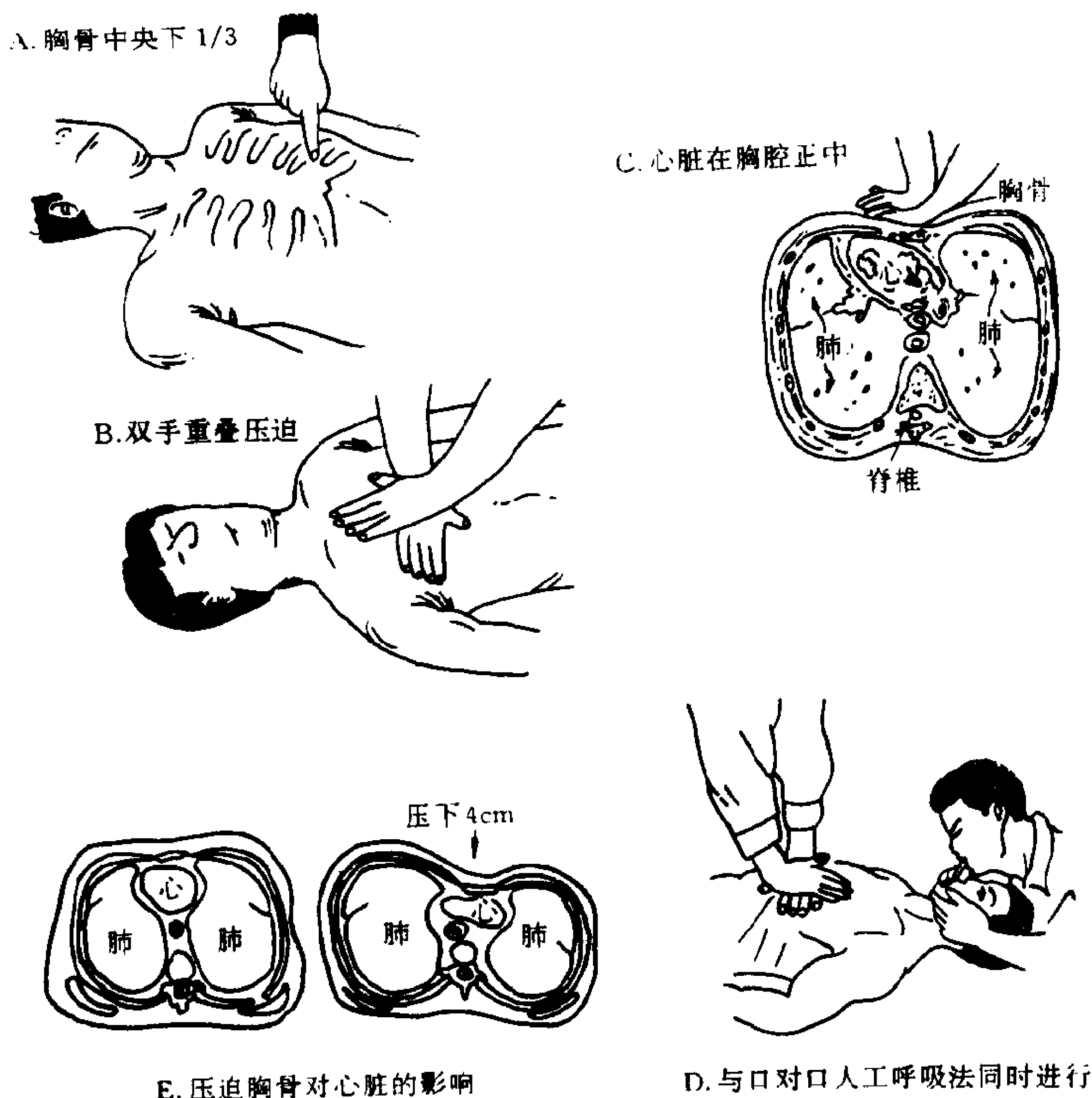


图 2　胸外心脏按摩术

体重力向脊柱方向挤压。挤压要有节律性，一般每分钟（80～100）次，可以一边按压一边嘴里大声数“1、2、3”。按压用力不能过猛，要求每次压下使胸骨下陷（3～4）厘米为宜。无论压下或放松时手不能离开病人胸壁，压下和放松时间比一般是1∶1。儿童体外心脏按压时只用一只手，幼儿用一、二个手指就行。

实施体外心脏按压必须熟练掌握要领，否则按压不当可能带来并发症和更加不堪设想的后果。常见的心脏按压并发症有肋骨骨折、气胸血胸、胃破裂、胃内食物返流、肝方叶破裂

等等。

某报载，一位外国老妇人发现老伴突然心脏停跳后，急中生智，取来厨房内疏通下水道用的揣子进行体外心脏按压，取得奇效。其实这不是天方夜谈，确实有其科学道理在内。近些年来复苏专家认为心脏按压时起决定作用的是“胸泵”，即利用胸腔压力变化驱动血液循环。那位老妇人救人时用的揣子现已研制成更精密的一种仪器，可以测定按压下时胸腔的正压力和吸住胸壁提起时胸腔的负压力，可更有效地指导体外心脏按压。

病人心跳停止后往往随之呼吸停止，或心跳呼吸一同停止，这时心脏按压和口对口呼吸要配合进行。如果现场只一个人，心脏按压 15 次口对口呼吸 2 次；若现场二个人，一人心脏按压 5 次，另一人口对口呼吸 1 次。在心跳骤停后（4～6）分钟内正确的心外按压是复苏成功的关键。对于电击、溺水等心跳骤停病人，心脏按压时间要长一些，有时要坚持数小时，直到心脏恢复跳动，手足温度回升，可以摸到大动脉搏动为止。

二、人工呼吸法

人工呼吸法是初级心肺复苏的重要内容。所谓初级复苏法，也叫徒手复苏法，即用抢救者的手和口来进行操作，不用医疗器械和药物。初级心肺复苏遵循 A、B、C 的原则进行。A 指打开气道。即清理口、鼻腔分泌物和异物，防止舌后坠。B 指人工呼吸，主要有口对口人工呼吸法、俯卧式人工呼吸法和仰卧式人工呼吸法。C 指心脏按压术。

1. 口对口人工呼吸法的要领

（1）患者平卧，术者一手托起下颌，使头部后仰，充分打开气道（图 3）另一手捏住患者鼻孔以防空气从鼻孔漏出。

（2）术者深吸一口气，紧贴患者嘴进行吹气。吹气时术者的嘴必须完全堵住患者的嘴以防空气漏出。

（3）吹气要快速而有力。吹气后要观察患者胸部是否隆起，而且要注意左、右两侧胸部隆起程度是否一样。吹气后要侧耳听有无回声，有回气声，表示气道畅通。

（4）成人每分钟吹气 12 次左右，儿童 20 次左右。要有规律地，反复地进行。进行（2～4）次人工呼吸后摸一下患者颈动脉有无搏动，如没有搏动，需配合人工呼吸进行体外心脏按压。

（5）口对口人工呼吸后患者如恢复了呼吸，还要密切观察，不能过早乐观。因为患者虽恢复呼吸但呼吸力量很微弱、呼吸节律不齐，有再次停止呼吸之可能（图 4）。

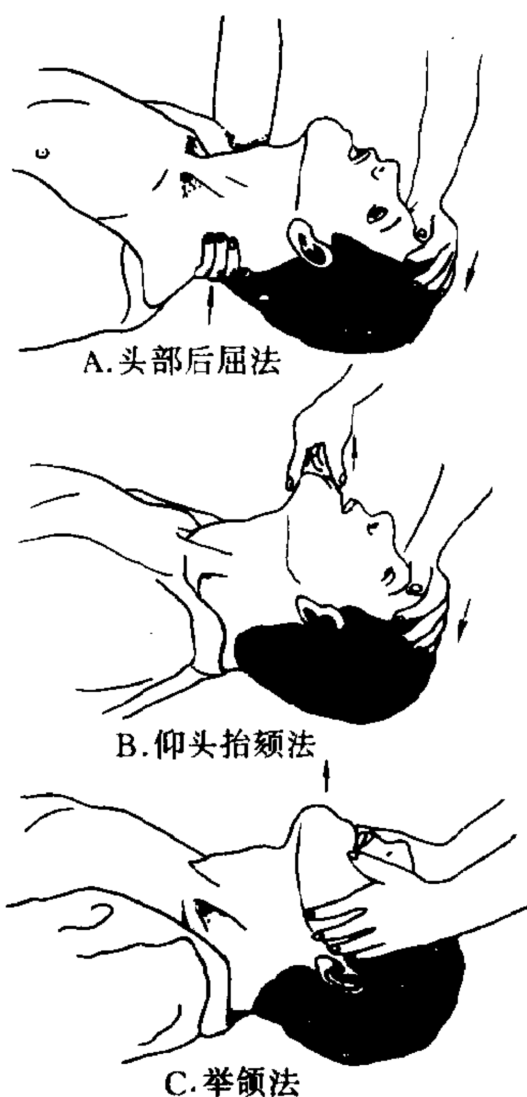


图 3　开放气道的手法

2. 俯卧式人工呼吸法要领（图 5）

（1）病人取俯卧位，头偏向一侧，一臂伸直一臂弯曲放于头下，最好头低脚高。

（2）术者两下肢分开以骑跨的姿式跪于病人大腿两侧。

（3）术者两臂伸直，两掌张开放在病人最末一对肋骨上，借助体重由病人之后下方向前上方持续推压 3 秒钟，然后松开使胸廓自然扩张。

（4）施压时切忌用力过猛。

（5）操作节律要均匀，每分钟（14～16）次为宜。



图4　口对口人工呼吸法

3. 仰卧式人工呼吸法要领（图6）

（1）病人取仰卧位，背部垫以软垫使肩及头略低垂，头偏向一侧。

（2）术者两腿分开骑跨在病人大腿两侧。

（3）术者将两掌分别放在病人胸廓前下方的肋弓上，拇指放剑突附近，其他四指分部于肋部肋骨上。

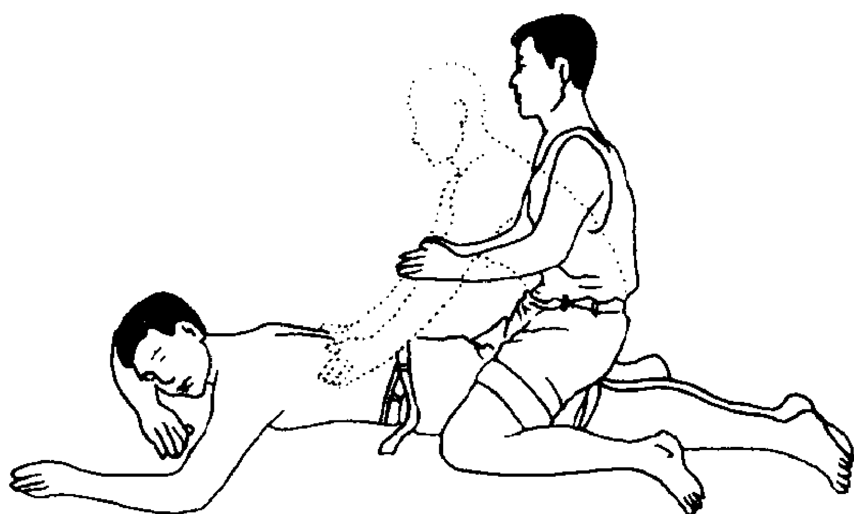


图 5　俯卧压背人工呼吸法

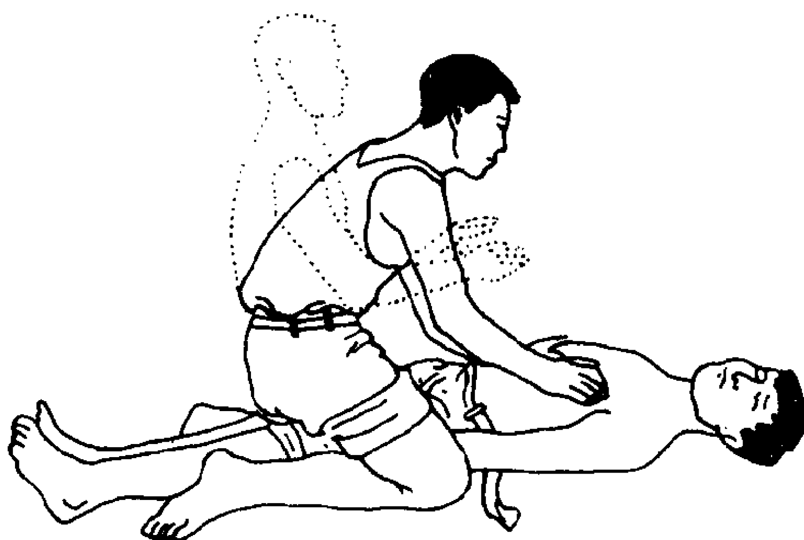


图 6　仰卧压胸人工呼吸法

（4）施压方向为从病人前下方压向后上方。一般术者上身向下、向前，使上身与病人上身近乎平行，肘部弯曲，借体重自前下方压向后上方持续（2～3）秒钟。然后松手，使胸廓自然扩张。

（5）操作时节律均匀，每分钟 16 次左右为宜。

俯卧压背人工呼吸更适合于溺水患者，而仰卧压胸人工呼吸法不适合于胸部外伤患者。在需要做人工呼吸同时行心脏按压的患者，以上两种人工呼吸法不适合。

三、体温、脉搏、呼吸测量法

体温、脉搏、呼吸是生命活动的基本参数，正确测量这些参数对于评价人体健康状况，对于疾病诊断和转归的判断有着很大意义。

腋下体温测量是目前最常用的体温测量方法。测量前先擦净腋下皮肤，然后把体温计放入腋窝中紧贴皮肤，夹紧体温计，(5～10) 分钟后取出体温计读数。用完体温计后一定要记住甩几下，使体温计的刻度显示在35℃以下，以备再次使用。用后的体温计最好放入75%酒精中消消毒，再给他人测体温。

肛门体温测量多用于昏迷病人或小儿。先将体温计头部涂上些润滑剂，让患者侧卧或平卧屈膝，把体温计慢慢插入肛门内，深度到体温表的一半长即可。测量时间5分钟。

口腔体温测量虽较可靠，但不宜保持卫生，对幼儿及神志不清的病人不能用。一般将消毒的体温表放在舌下，然后紧闭口唇，不用口腔呼吸，以免冷空气吸进口腔影响温度。测量时间5分钟，然后取出表读数。

正常人在一天内的体温略有波动，一般相差不超过1℃。生理状态下，早晨体温略低，下午略高；运动和进食后体温稍高；老年人体温略低，妇女在月经期前或妊娠期略高。

正常体温值，腋测法36℃～37℃，肛测法36.5℃～37.7℃，口测法36.2℃～37.2℃。

发热病人一般要求24小时测体温 (4～6) 次，即每6或4小时测量一次。最好把测量的体温依次记录下来，画成体温曲线以便了解一天内体温的动态变化 (图7)。

有时测量的体温不准，原因有以下几方面：

①检查体温前体温表的水银未甩到36℃以下，测量结果可能高于实际温度；

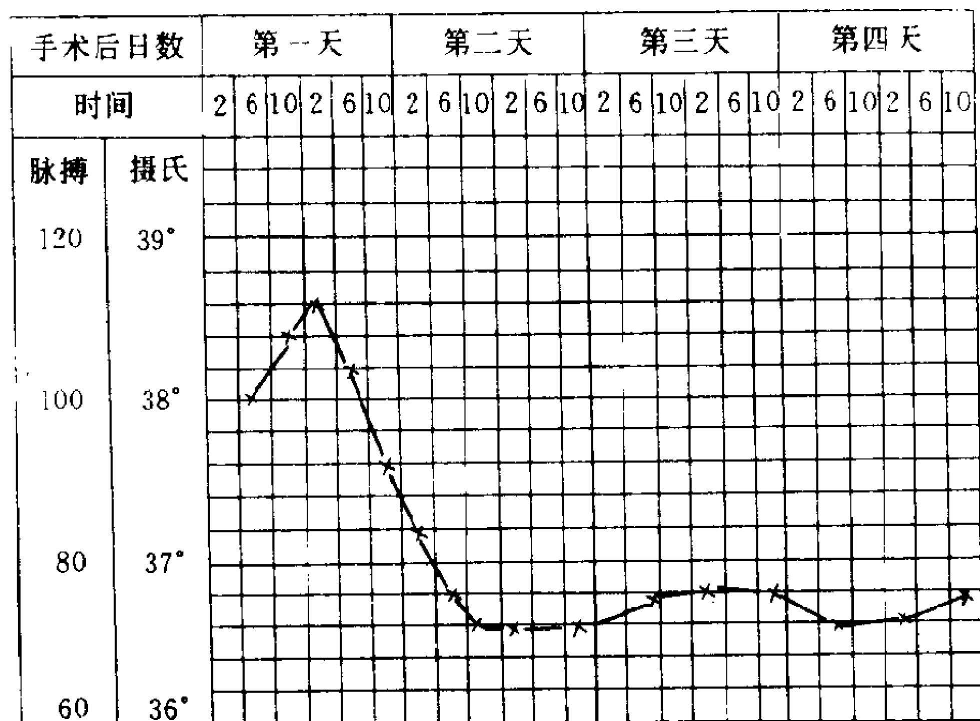


图 7　体温曲线

②消瘦、病情严重及神志障碍的病人不能把体温表夹紧，测量结果可能低于实际温度；

③体温表附近有影响局部体温的冷热物体如冰袋、热水袋等；

④测体温前以热水漱口或用温毛巾擦过腋部等。

在测量体温同时最好测一下脉搏和呼吸。测脉搏时应先让患者安静休息片刻。用中指、食指、无名指放在患者腕部桡动脉上，感到脉搏后记数，一般数 1 分钟，也可数 15 秒钟将所得数乘 4。测脉搏速率同时要注意脉律和脉搏强弱等。

数呼吸次数时观察患者胸或腹部的起伏次数，一呼一吸为 1 次，一般数 1 分钟，或数半分钟将所得数乘 2。对于危重病人气息微弱不易观察胸腹起伏，可用少许棉花置于鼻孔前，观察棉花吹动情况计数。

正常人心率与脉搏相等；呼吸与心跳之比为 1∶4。

成人心率（安静时）	次/分
男	60～100
女	70～100

呼吸频率（成人）	次/分
卧位	14～16
坐位	16～18
站位	18～20
休息时	15～18

四、血压测量法

先让病人安静休息片刻，以消除疲劳和紧张，免得对血压有影响。病人可平卧或坐位，平卧时手臂放在腋中线水平，坐位时手臂放在与第四肋软骨同等水平，手臂应外展45°。把血压计的袖带展平，袖带中部对着肘窝动脉搏动处，缚于上臂，袖带下缘距肘窝（2～3）厘米。缚袖带时不可过松过紧以免影响测量的准确性。把听诊器胸件（头）放在肘部肱动脉上，然后向袖带内打气，至肱动脉搏动消失，再将汞柱升高（20～30）毫米后缓慢放出袖带中的空气，使汞柱缓慢下降（以2毫米/秒为宜），这时听到第一个声音所示的压力值是收缩压，也叫高压；此音逐渐增强后转为柔和的杂音，压力再降低后又出现不带杂音的声音，并渐渐减弱，当该音性质突然变为低沉（变调）时所示的压力值是舒张压，又叫低压。

测量血压时一般应连续测（2～3）次，取其最低值。有些人左右手血压差别很大，上下肢血压显著不同，应分别测量。

正常人血压随年龄而升高。健康成人高压平均为（12～17.3）千帕［（90～130）毫米汞柱］，低压为（8～12）千帕［（60～90）毫米汞柱］。左右两侧血压差一般在（1.3～2.7）千

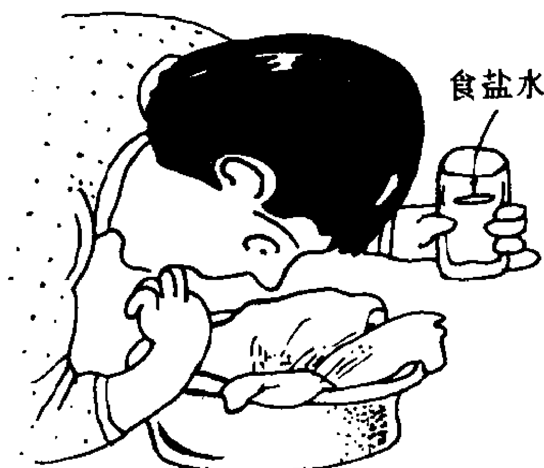
帕［（10～20）毫米汞柱］，下肢血压较上肢高（2.7～5.3）千帕［（20～40）毫米汞柱］。男子血压较女子稍高。正常人晨起血压较低，晚上、劳动及饱食后较高。紧张、情绪激动、饮酒、吸烟等均可使血压上升。

五、催吐法

催吐是排出胃内毒 物的重要措施之一。对于口服毒物中毒的病人,不管是误服还是有意服毒(自杀),如果服毒时间不超过8小时,患者神志清醒,都应进行催吐,以促使胃内毒物排出。

催吐前要向病人讲清利害，态度热诚．取得病人合作。

催吐液配制方法不同，应针对不同中毒物而选用。为了应急，也为了安全、方便起见，催吐液可用温水。当中毒者尚有意识时，让病人快速饮入500毫升左右，然后用手指或压舌板、羽毛、筷子、匙柄等物触及咽弓和咽后壁使之呕吐。依法重复数次，直至吐出物无色无味为止（图8）。



大量喝盐水后用中指和食指压舌根催吐

图8　催吐法

当病人呕吐时头部应放低，平卧时头应转向一侧，以防止呕吐物被吸入气管发生窒息或引起肺炎。对服强腐蚀性毒物（如强酸、强碱等）的患者，不能催吐。有严重心脏病、动脉瘤、食道静脉曲张、溃疡病者亦不宜催吐。

六、导泻法

经口进入的毒物可能经胃而进入小肠和大肠，特别是服毒时间超过8小时，或者服毒时间虽短但催吐和洗胃不彻底的患者要进行导泻，使进入肠道的毒物迅速排出，避免和减少在肠

内吸收。导泻的方法有如下几种：

(1) 硫酸镁或硫酸钠（15～30）克，加水一杯（约 200 毫升）口服。

(2) 中药大黄面 10 克，元明粉 15 克，开水冲服。

(3) 石蜡油或蓖麻油 30 毫升口服。

导泻时注意区别病情，如病人呼吸不好，不能用硫酸镁导泻，镁离子会对呼吸中枢产生抑制。有些毒物溶解在油剂中会吸收更快，如敌敌畏，此时严禁使用油性泻剂。如果病人十分虚弱，或毒物已引起严重腹泻，则不必再导泻了。

七、灌肠法

老年人长期卧床，肠蠕动减弱，或一些有习惯性便秘的人，往往需要灌肠来解决他们的痛苦。

灌肠操作方法如下：

(1) 可以用肥皂水或甘油和水等量混合液作灌肠液，一般（500～1000）毫升。

(2) 灌肠液加入量杯加热到 38℃左右。

(3) 病人平卧或侧卧，双膝屈曲。

(4) 灌肠器前端涂上凡士林，慢慢插入肛门，同时可让患者大口哈气。

(5)注入灌肠液，然后用手纸垫着停 10 分钟左右再解大便。

灌肠完毕后要认真清洗灌肠器，灌肠器头部要洗净消毒，擦干备用。

对于顽固性便秘和因便秘引起严重腹胀、腹痛、发热的患者，一定要经医生检查，必要时在医生指导下灌肠治疗，不可自行其事。

八、热疗法

热疗法可促进血液循环和加快渗出物的吸收，从而使炎症

消散。热疗法还可以使肌肉、肌腱和韧带等组织松弛，解除因肌肉痉挛、强直而引起的疼痛，故常用于腰肌劳损、胃肠痉挛等病。在寒冷冬天，年老体弱病人也常常用热疗法取暖。热疗方法有如下四种：

1. 热水袋热敷

把热水（60℃～70℃）装入热水袋内至半满或2/3满即可，排出袋内空气，将塞子拧紧。擦干热水袋外面的水，倒提抖动，无漏水时装入绒布套内或包以毛巾。把热水袋放在需热敷部位。检查热敷部位皮肤，防止烫伤。尤其对卧床老年人、神经麻痹患者、小儿，热敷的温度要低一些，一般50℃左右即可。无热水袋时可用炒砂、炒盐粒等装入布袋中代替使用。此法适用于妇女经期疼痛、腹胀等病。

2. 热湿敷

将干毛巾铺在热敷部位，露出患部，局部皮肤涂凡士林后盖一层纱布。把浸在热水里的小毛巾垫取出拧干至不滴水为度，并以腕部试试温度，不感灼热即可。把小毛巾垫轻轻放在热敷部位上，其上再放热水袋或大棉垫。每（3～5）分钟更换小毛巾垫一次，热敷时间为（20～30）分钟。湿热敷后把局部皮肤擦干盖好。

热湿敷常用于关节痛、腰腿疼、落枕、腹部受凉、肠胀气等病症。

3. 热水坐浴

将坐浴盆用肥皂水洗净，倒入配好的浴液，一般用1+5000的高锰酸钾溶液，水温控制在40℃左右（38℃～43℃）。坐浴前应排尿，坐浴中调节水温保持热度。坐浴浸泡时间以（20～30）分钟为宜。浴盆、浴巾应固定个人使用，防止交叉感染。浴盆、浴巾使用后要清洗消毒。

此法多用于痔疮、肛周疾患。妇女月经期、妊娠末期、产后阴道流血时禁用。

4. 熏气热疗法

保温瓶内盛热水或药液，（不宜灌满）瓶口上盖消毒纱布，患部靠近瓶口熏气。每次（15～20）分钟，每日3次。

此法多用于眼病。熏气时根据病情需要，将患眼睁开或闭上。

应注意热疗法不可盲目使用。对于急性腹痛，应请医生先明确诊断，看是否可以热敷。口腔、牙齿、颜面部有红、肿、热、痛时，不可轻易采用热敷方法，以免促进细菌感染扩散，进入血液，通过脑膜进入脑。四肢急性损伤也不宜用热疗，因热疗可加重出血以致血肿形成。

九、冷疗法

冷疗法主要用于中暑、高热及早期挫伤等病人。

1. 冰袋冷敷

将冰砸碎放于盆中，用水冲去棱角后装入冰袋约1/2处，排气后夹闭冰袋。有条件制冰的家庭（制冰机）可根据需要制取冰块大小，直接取之放入冰袋。冰袋外包毛巾放于冷敷部位。

2. 冷湿敷

盆内盛放冰块及冰水，内浸敷料垫。用橡胶布保护床单，取出敷料垫拧干至不滴水为宜，敷于患处。每（3～5）分钟更换冷敷垫一次，持续冷敷时间为（15～20）分钟。

3. 温水擦浴

将大毛巾垫于擦拭部位的下面，用34℃温水浸湿的小毛巾进行擦拭，同时进行按摩。擦拭的毛巾要经常更换。操作按顺序进行：先露出一侧上肢，从颈部沿上臂外侧擦至手背，从胸部经腋内侧擦至手心。擦完后盖以大布单。以同样方法擦另一

侧上肢。擦下肢也应遵循一定秩序，即先露出一侧下肢，自髋部沿腿的外侧擦至足背，自腹股沟内侧擦至踝部，自股下腘窝擦至足跟，然后再以同样方法擦拭另一下肢。一般擦（15～30）分钟，若体温降至38.5℃以下可停止擦拭。中暑、高热患者在进行温水擦浴过程中可置冰袋于颈部、腋下、腹股沟处。冷疗法操作过程中要密切观察皮肤情况以防冻伤。如有寒战、脉搏及呼吸异常、面色苍白发绀时应停止冷疗。

十、体位排痰法

痰液阻塞于呼吸道，轻者引起喘憋，重者导致窒息死亡。即所谓“一口痰可决定病人死生”。体位排痰法是排出痰液的一种简便宜行的方法。其原理是：使病变部位处于高位，引流支气管的开口向下，使支气管内的痰液借助重力作用流至气管而咳出。根据病变部位不同需采取不同体位，如病变在肺下叶前基底段、舌叶或中叶者，取头低足高略向健侧卧位。如病变在肺左上叶后段，让患者采取俯卧位，上半身向左上转1/4，右臂后伸，用枕头把头部及肩部抬起。如病变在右上叶后段，则正好和上面提到的方法相反，患者俯卧，左臂后伸，用枕头把头部和肩部抬起，上半身向右上转1/4。病变在上叶前段，让患者仰卧，腰下垫枕头，使腹肌松弛。具体采取何种方法体位排痰，需要医护人员指导，患者或家属掌握要领后方可自行治疗。每日（2～4）次，每次约半小时。如痰液粘稠不易排出时可先吸入蒸气或服祛痰剂，使痰液稀薄利于排出。排痰时让患者深呼吸及咳嗽，并帮助拍背，协助患者排痰。但需特别提醒注意的是，体质十分虚弱、严重心肺功能不全或大咯血患者慎用此法。

十一、常用急救体位

大家知道一个拳师在进攻和退守时一招一式都要讲究个姿势。在进行急救时，针对不同的病情也要采用不同的体位。

（1）端坐位。病人坐于床边，双脚垂下。用于急性左心衰竭的病人。这种病人往往有高血压、心脏病史、突然喘憋、唇舌青紫、咳泡沫血痰。

（2）头高脚低位。肩、背垫上枕头等物使上身和头抬高。适用于支气管哮喘、蛛网膜下腔出血（意识丧失时取昏睡体位）等病人。

（3）头低脚高位。出血性休克病人要尽量把患者下肢抬高，这样利于血液流经重要脏器以维持有效血液循环。有人估计这样做大约与输 500 毫升血的作用差不多。因此，吐血、咳血、孕妇不正常阴道出血、严重创伤时，只要发现患者脸色青紫、全身冷汗、心跳加快，脉搏细弱，就马上采取这一体位，而且越早越好。

（4）头高脚高位。严重休克病人急救时把头和脚均适当抬高，保证心脏有足够血排出。

（5）昏睡体位。中风病人意识丧失、流口水、打呼噜、舌根后坠阻塞呼吸道，若造成窒息是十分可怕的。当务之急是采用昏睡体位，即让患者侧身俯卧，下颌略向前突。这样既可防止舌根阻塞呼吸，又可防止呕吐物返流入气道。而一般人常犯的错误是“把头抬高点”！

（6）膀胱结石位。患者仰卧，双下肢屈曲。一般在灌肠时用此体位。

（7）俯卧位。脸向下躺，头偏向一侧，用于溺水急救。

（8）仰卧位。在心肺复苏时患者要去枕仰卧，为了不阻塞气道，在仰卧同时采用举颏、抬颈使头后仰。疑有颈椎骨折的病人则采用举颌法，头部保持不动（这点一定牢牢记住）。

十二、创伤止血法

外伤出血是很危险的，必须争分夺秒把血止住（不要一见

血就手忙脚乱，更不要将香灰、烂棉花、泥土等掩在伤口上止血，这会引起破伤风、气性坏疽、创口化脓，万万要不得）。一般小血管出血可用加压包扎法，大血管出血用指压法或止血带法。

1. 加压包扎法

一般小静脉和毛细血管出血，血流很慢，用消毒纱布、干净毛巾或布块等盖在创口上，再用三角巾（可用头巾代替）或绷带扎紧，并将患处抬高。

2. 指压法

用手指压住动脉经过骨骼表面的部位，达到止血目的。一般止血压点靠近创口上方，即接近心脏那一端。要想准确找到止血压点，必须熟悉人体血管的来龙去脉。下面对各部位出血的指压方法分别叙述。

（1）头颅顶部出血，可把手的拇指压住耳前一指宽、齐耳屏处跳动的颞动脉（图 9）。

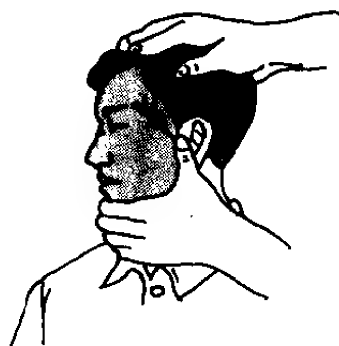


图 9　颞动脉的指压法

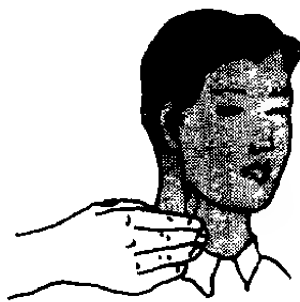


图 10　颈总动脉的指压法



图 11　面动脉的指压法

（2）头颈部出血，把大拇指放在伤员颈后，四指放在颈前，压迫在气管旁边的颈总动脉（图 10）。

（3）面部出血时，用指头压住下颌角前半寸处的面动脉，可止住眼睛以下、下颌骨以上的面部出血（图 11）。

（4）肩与上肢出血时，用大拇指放在锁骨上面的凹陷处，向

下向后压住锁骨下动脉（图 12）。

（5）上臂上部以下出血时，可将伤臂尽量向背后伸直，背手压迫止血（图 13）。

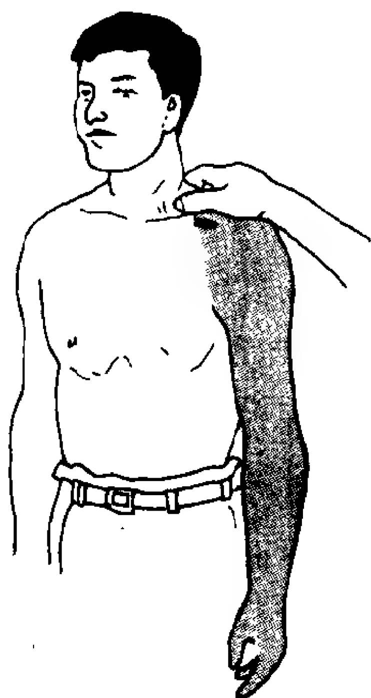


图 12 锁骨下动脉的指压法

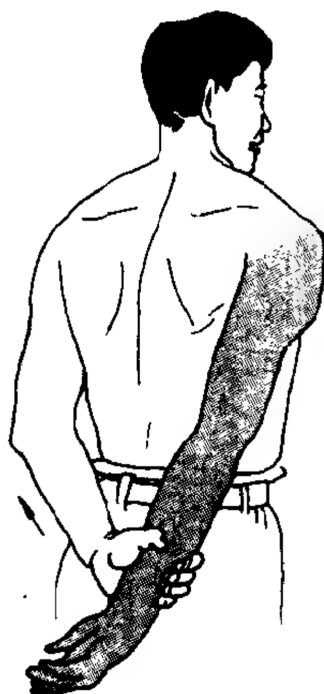
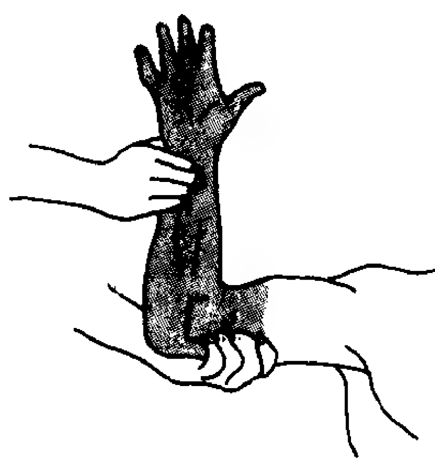


图 13 背手压迫法

（6）上肢出血时采用肱动脉指压法（图 14）。



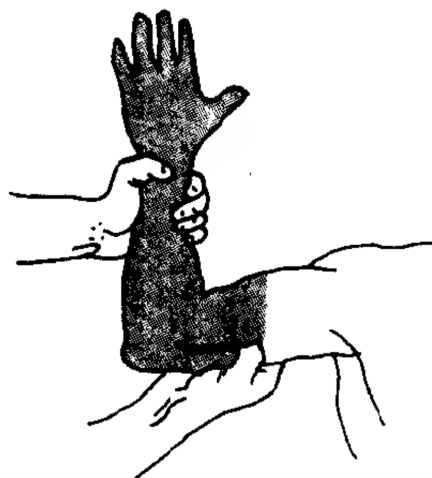


图 14 肱动脉的指压法

（7）手掌出血时，压迫桡动脉或尺动脉（图 15）。

（8）手指出血时，一手拇指压迫在掌面的掌弓动脉（图 16）。

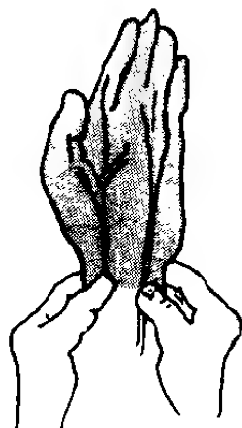


图 15　桡及尺动脉的指压法

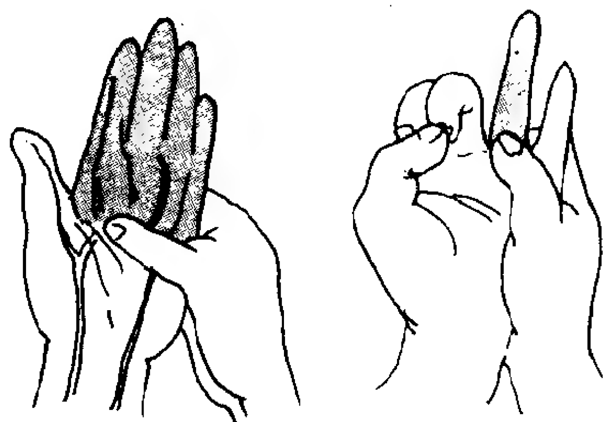


图 16　掌弓及指动脉的指压法

（9）下肢出血时用两手大拇指按压大腿根中间，可以止住大腿以下的出血（图 17）。

（10）足部出血，可用两手的拇指分别在足背及内踝与跟骨之间压迫止血（图 18）。



图 17　股动脉的指压法

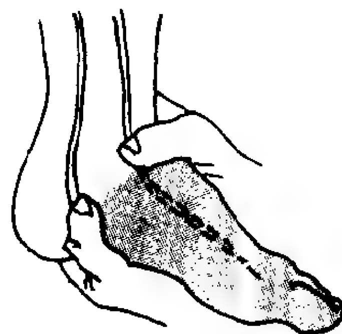


图 18　胫前及胫后动脉的指压法

3. 加垫屈肢法

此法适用于无骨折情况下的四肢部位出血。如前臂出血，在肘窝处垫以棉卷或绷带卷，将肘关节尽力屈曲，用绷带或三角巾固定于屈肘姿势（图 19）。

其他如腹股沟、肘窝、腘窝加垫曲肢法（图 20、21）。

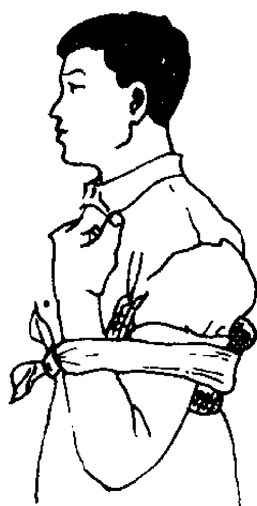


图 19 腋窝加垫屈肢止血法

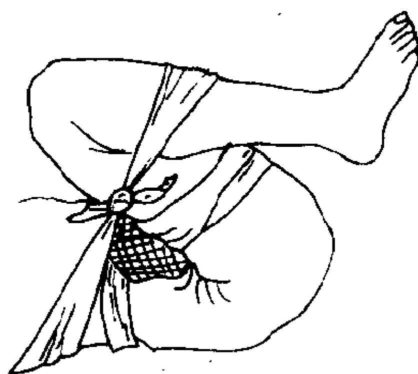
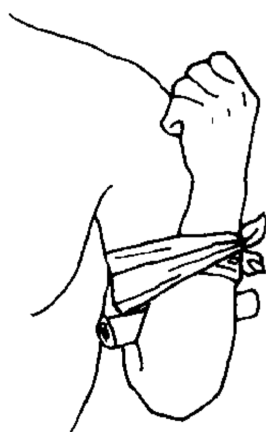


图 20 腹股沟部加垫屈肢止血法



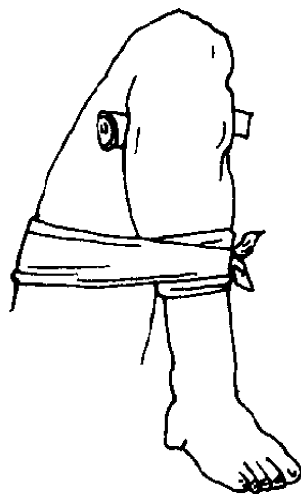


图 21 肘窝及腘窝加垫屈肢止血法

4. 止血带止血法

用于四肢伤大出血。一般使用橡皮条做止血带，也可用大三角巾、绷带、手帕、布腰带等布止血带替代，但禁用电线和绳索。上止血带部位要在创口上方，尽量靠近伤口但又不能接触伤口面。上止血带部位必须先垫衬布块，或绑在衣服外面，以免损伤皮下神经。止血带绑得松紧适当，以摸不到远端脉搏和使出血停止为度。太紧会压迫神经而使肢体麻痹；太松则不能止血，如果动脉没有压住而仅压住静脉，出血反而更多，甚至

引起肢体肿胀坏死。绑止血带时间要认真记载，用止血带时间不能太久，最好每隔半小时（冷天）或一小时放松一次。放松时用指压法暂时止血。每次放松约（1～2）分钟。凡绑止血带伤员要尽快送往医院急救。

十三、包扎法

所有开放性伤口，在抢救时应立即进行妥善包扎、裹伤。先将受伤肢体上的衣服剪开，检查伤口大小、深浅，有效止血后立即裹伤包扎。先用碘酒、酒精将伤口周围消毒，但不能涂在伤口里。再在伤口上撒些消炎止血粉，用消过毒的纱布包裹。如果伤口上有泥沙或污物，可用冷开水、冷盐水将之冲掉。在开放性脑外伤时，创口局部脑组织向外膨出，这时要先用大块消毒纱布将脑组织盖好，用干净的碗盖在上面，再用三角巾或绷带包扎。胸部开放性创伤时，伤员呼吸会特别困难，此时应立即用不透气的材料（胶布、塑料书皮、塑料布等洗净消毒备用）或敷料盖在伤口上，再用毛巾垫或纱布垫加盖于上，再行包扎。腹部开放性外伤时，不要将脱出的肠子送回腹腔，应先用大块消毒纱布或凡士林纱布盖好，再用饭碗扣住，进行包扎。对于开放性骨折，绝对禁止用手指头摸触突出的骨头。眼部受伤或有东西在里面，不可用手揉擦、挤弄。如一个指头、一只手、一条腿完全断裂离开身体，断离的肢体千万不要丢掉。不要冲洗和涂碘酒酒精，不要放在盐水里浸泡，只要用干净消毒的布把断肢包好放入塑料袋内，随伤员立即送往医院，进行断肢再植。天热时，在包扎袋或塑料袋外放些冰块，降低肢体温度，减少组织耗氧，增加成活率。但不能让冰块直接接触断肢，以免冻伤。

通常用来包扎的材料有绷带、三角巾及多头巾。也可因地制宜，“就地取材”利用衣服、毛巾、帽子、床单等自行包扎

（图 22～图 70）。

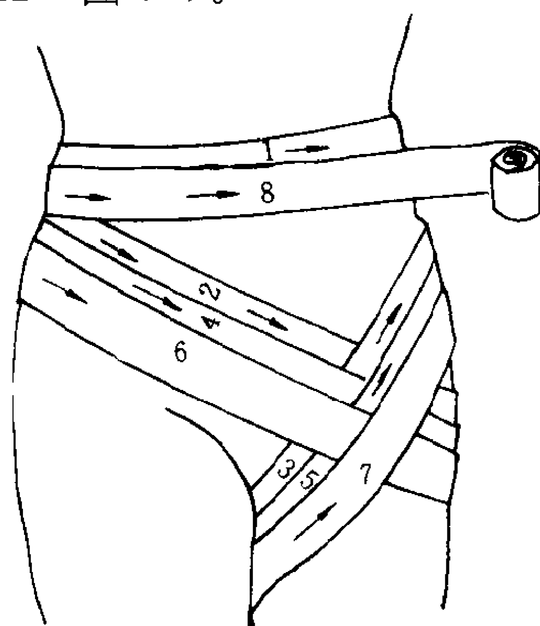


图 22　单侧腹股沟部人字形包扎法

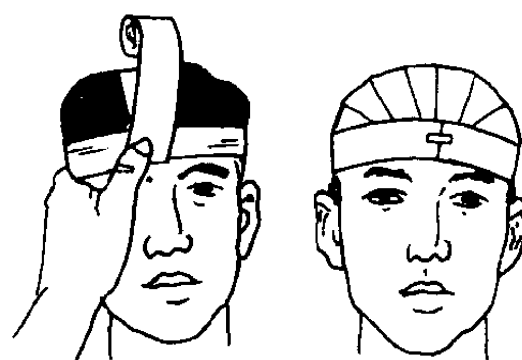


图 23　回反包扎法

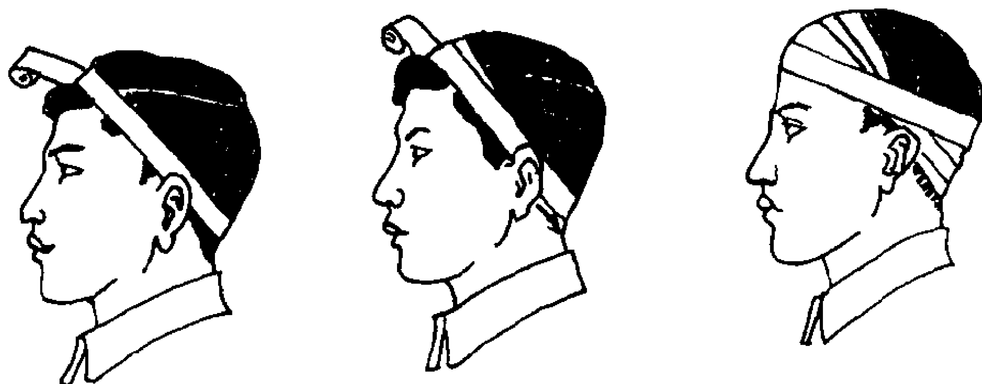


图 24　额枕部包扎法

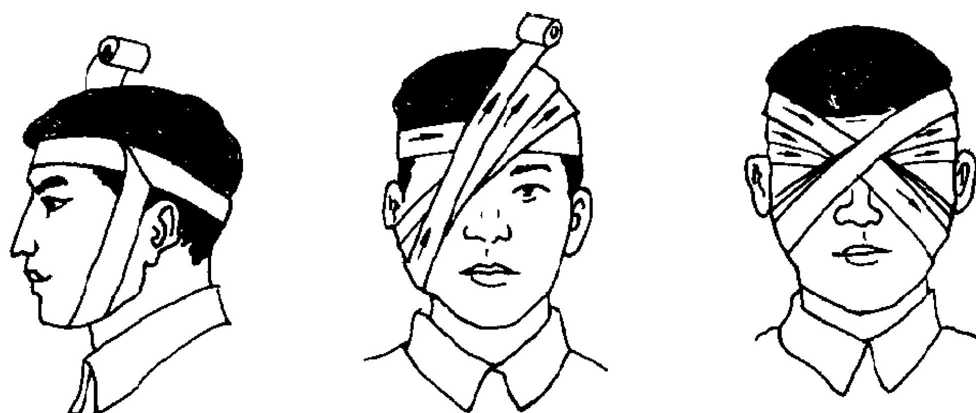


图 25　颊额部包扎法　　图 26　单眼包扎法　　图 27　双眼包扎法



图 28　耳部包扎法

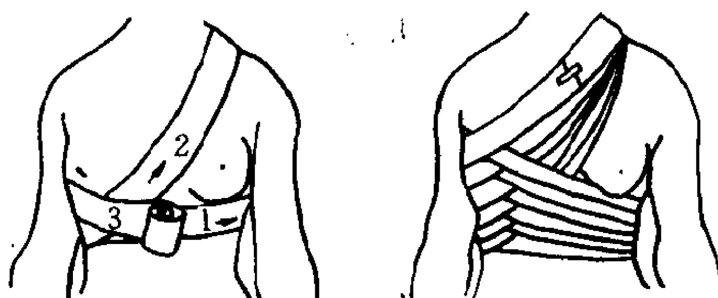


图 29　乳部包扎法

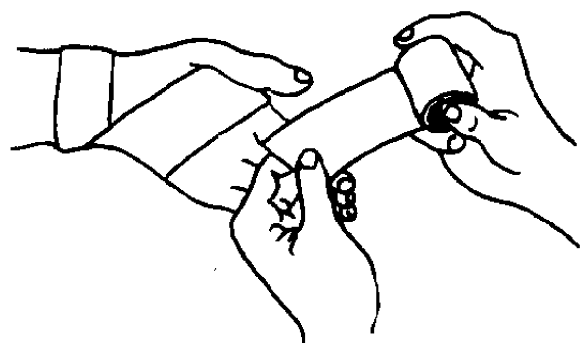


图 30　单指包扎法

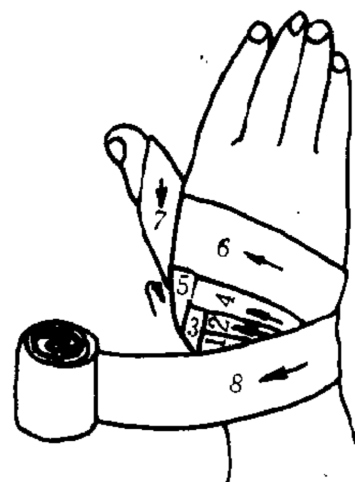


图 31　拇指 8 字形包扎法

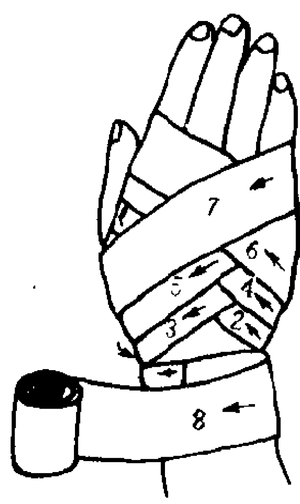
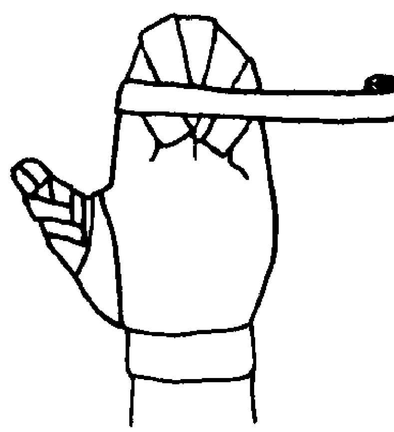


图 32　手部人字形包扎法



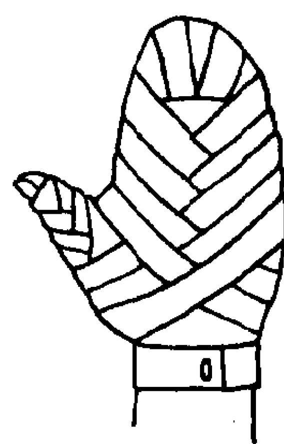


图 33　全手包扎法

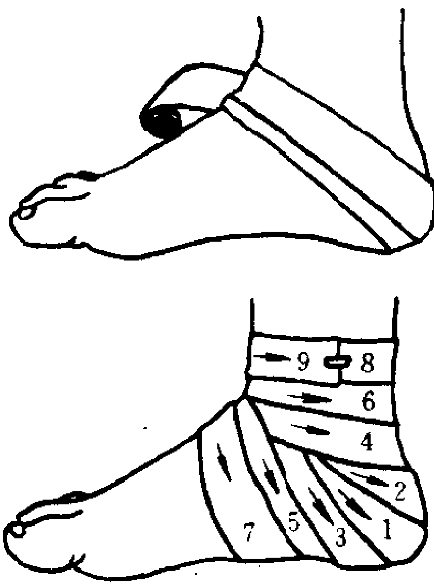


图 34　足跟部包扎法

图 35　残肢端包扎法

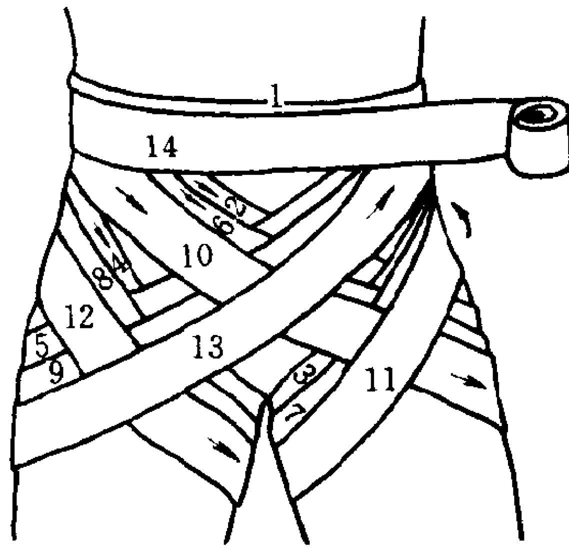


图 36　双侧腹股沟部包扎法

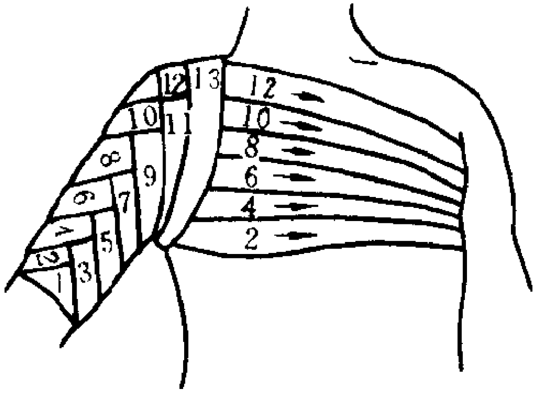


图 37　肩部人字形包扎法

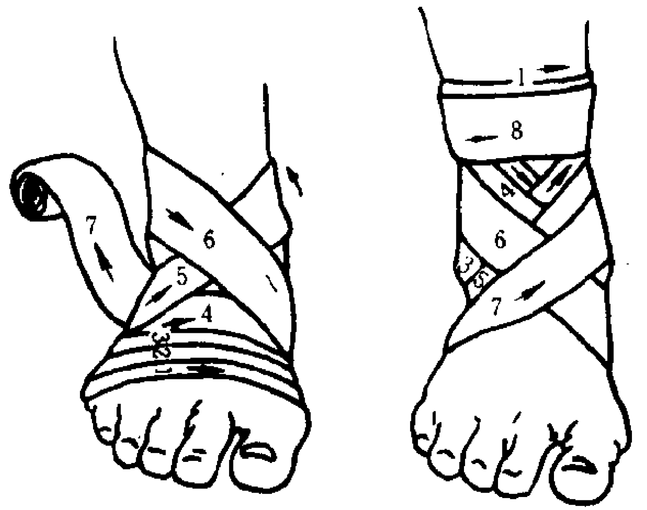


图 38　足及踝部包扎法

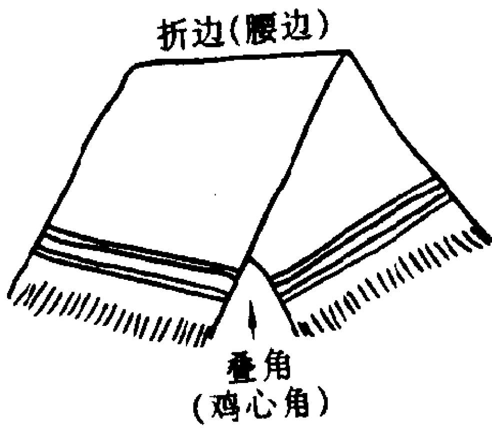


图 39　毛巾

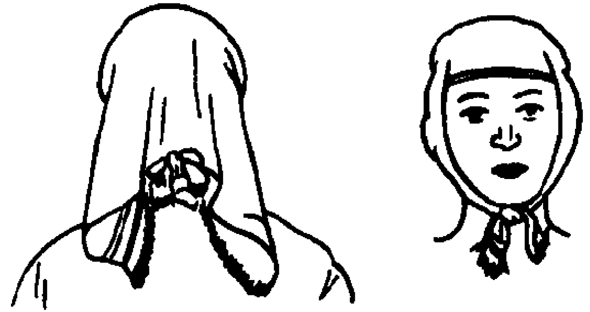


图 40　毛巾头部包扎法

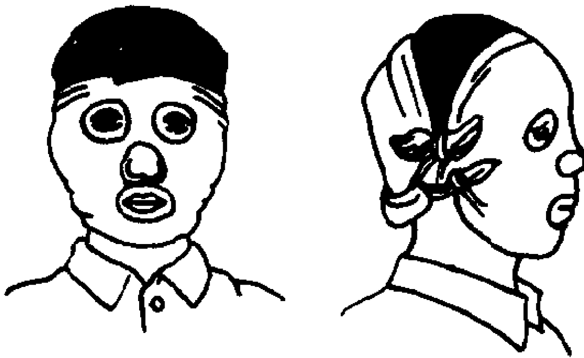


图 41　毛巾面部包扎法

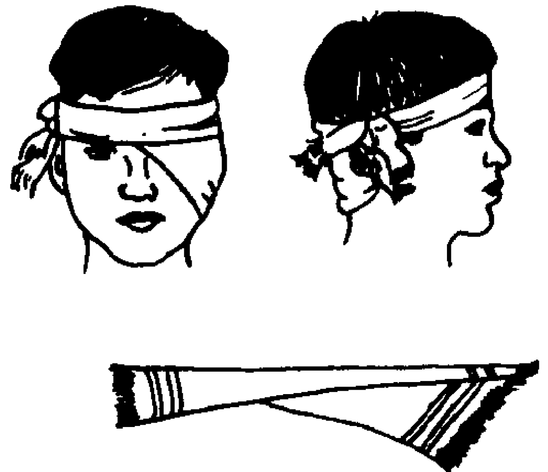


图 42　毛巾单眼包扎法之一

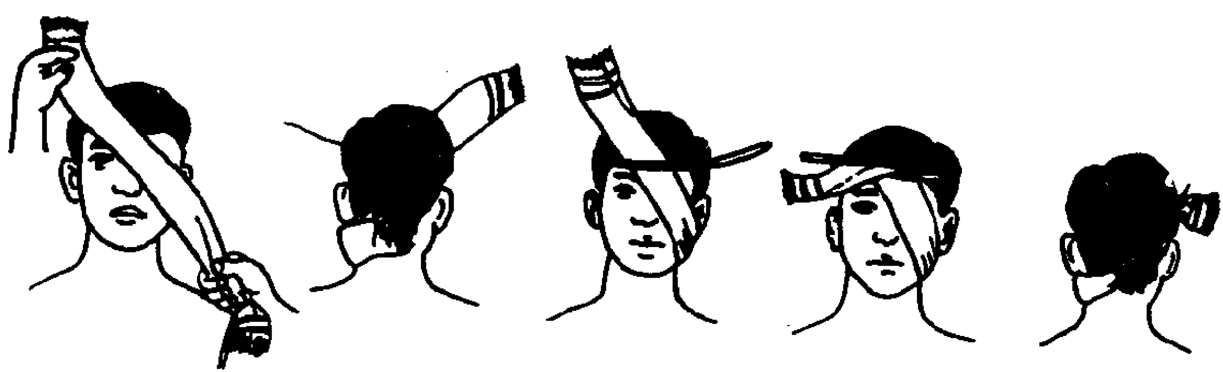


图 43 毛巾单眼包扎法之二

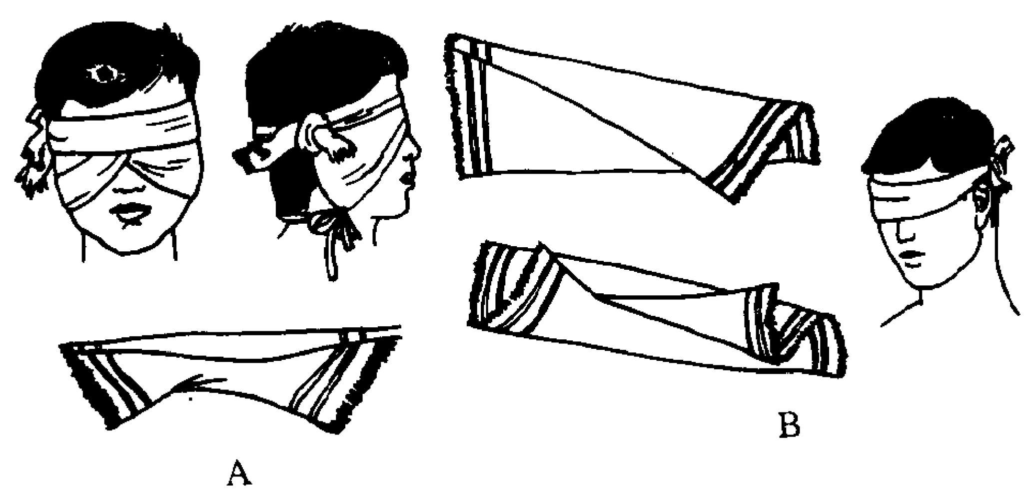


图 44 毛巾双眼包扎法

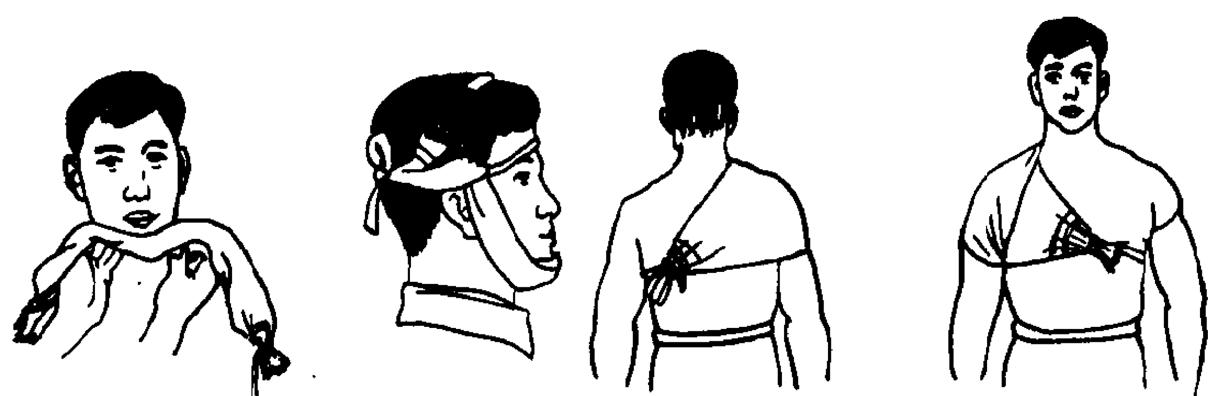


图 45 毛巾下颌部包扎法

图 46 毛巾单肩包扎法

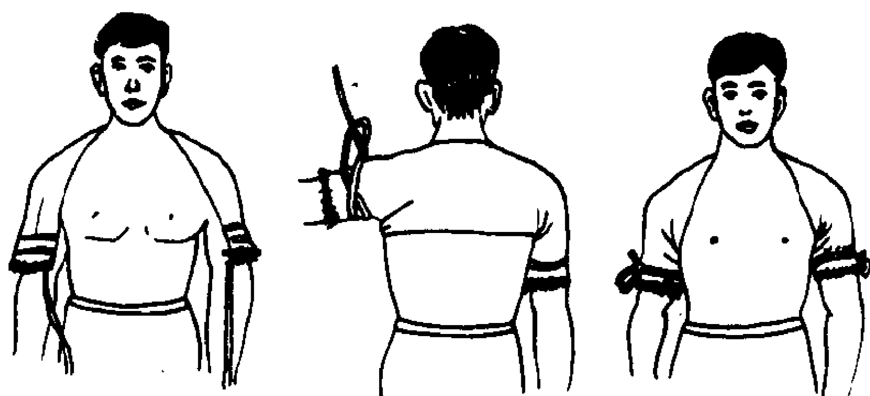


图 47　毛巾双肩包扎法

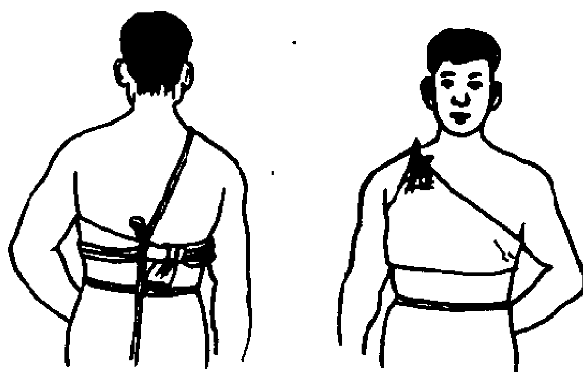


图 48　毛巾单侧胸部包扎法

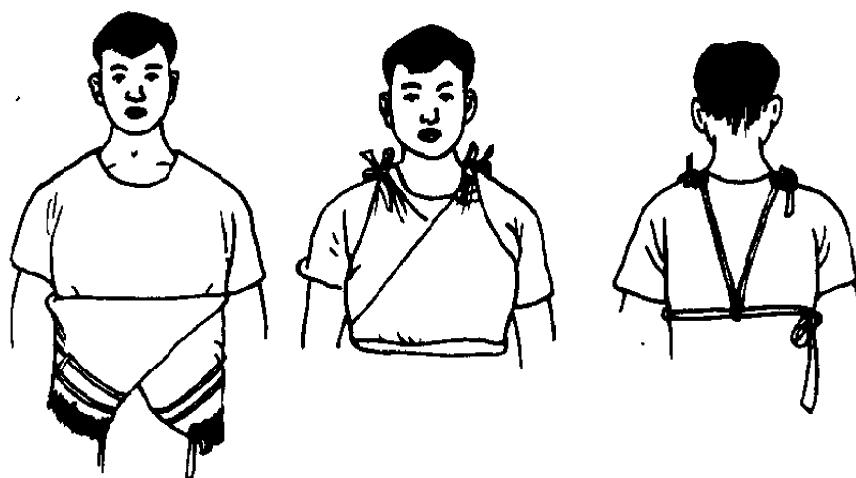


图 49　毛巾全胸包扎法

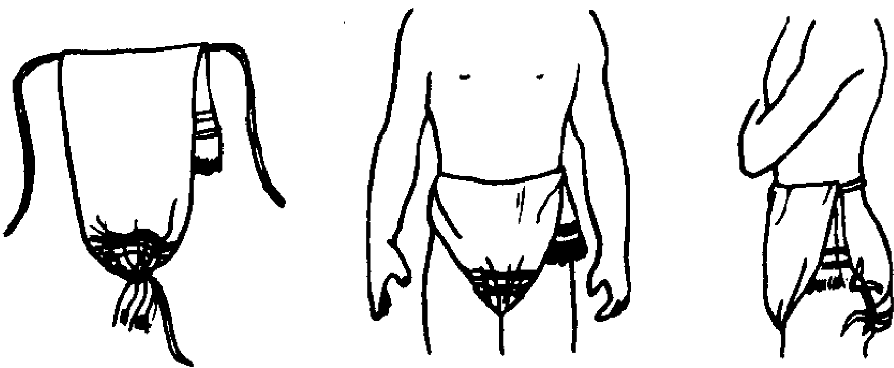


图 50　毛巾腹部包扎法

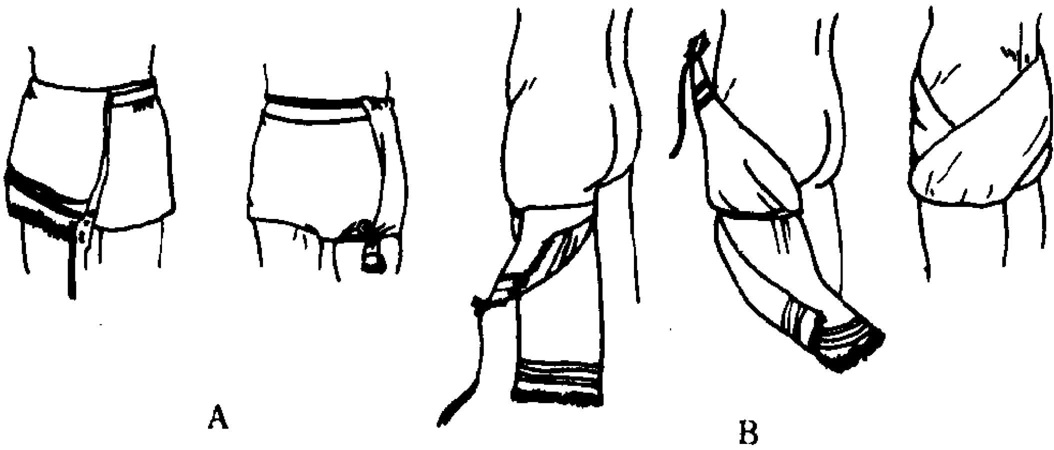


图 51　毛巾单侧臀部包扎法

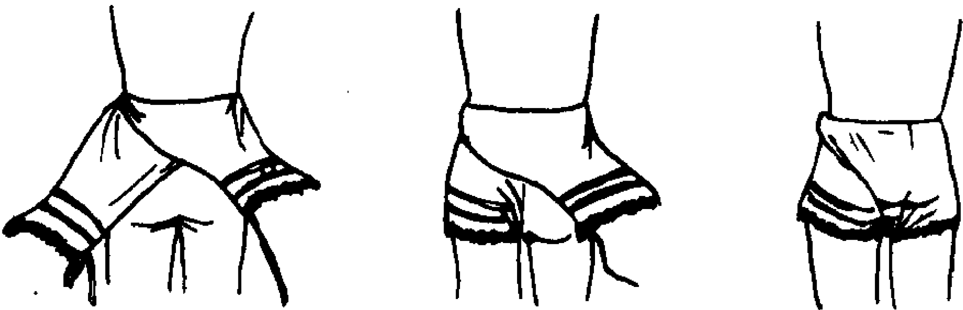


图 52　毛巾双侧臀部包扎法

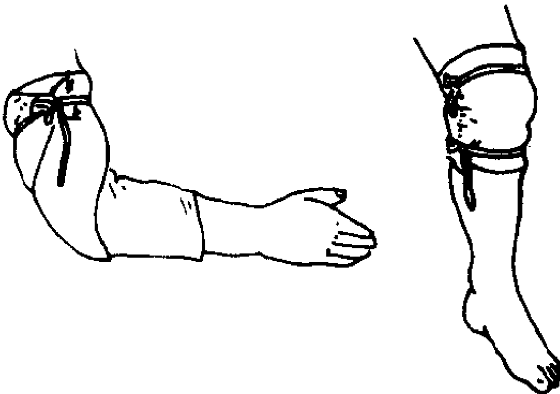


图 53　毛巾肘、膝部包扎法

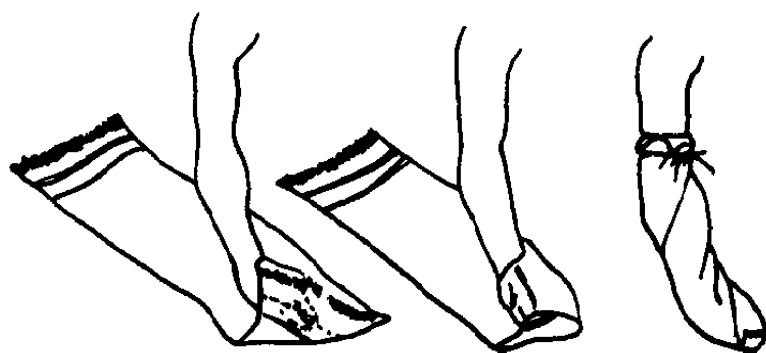


图 54　毛巾前臂和手部包扎法



图 55　毛巾小腿包扎法　　　　图 56　毛巾足部包扎法

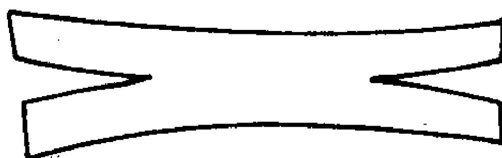


图 57　四头带

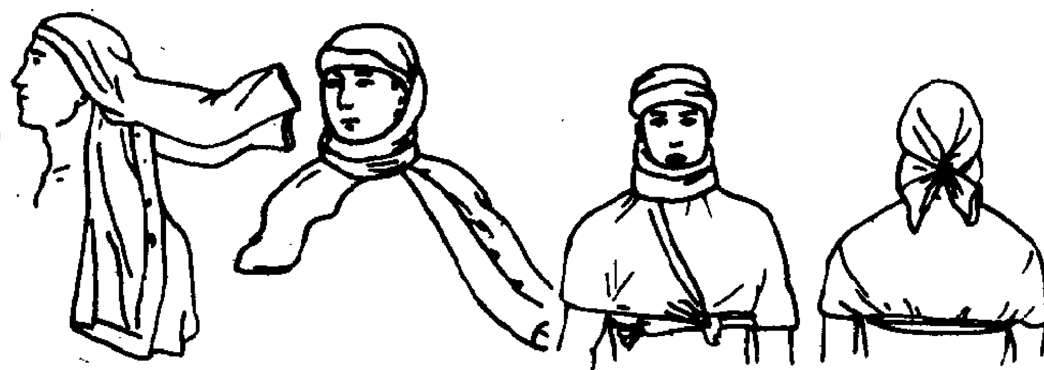


图 58　上衣头顶、下颌、双肩包扎法

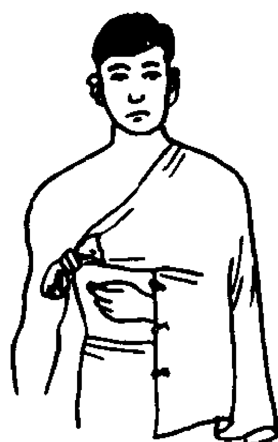
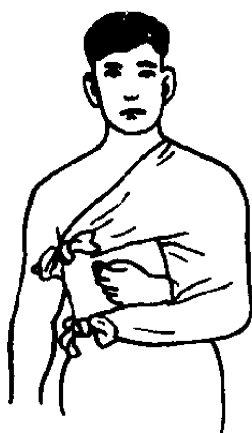



图 59　上衣单肩包扎法

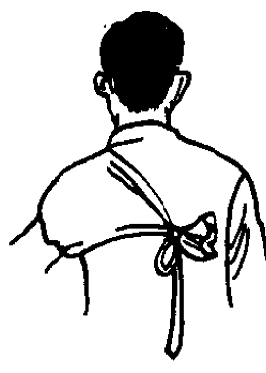
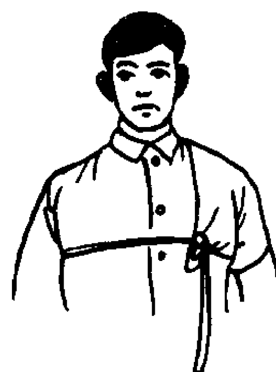



图 60　衣袖肩部包扎法

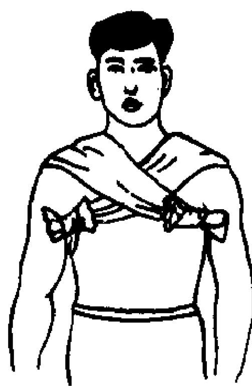
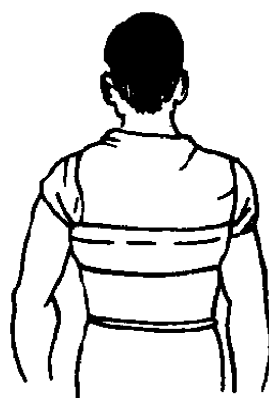



图 61　上衣双肩包扎法

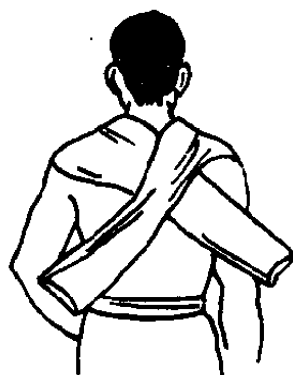
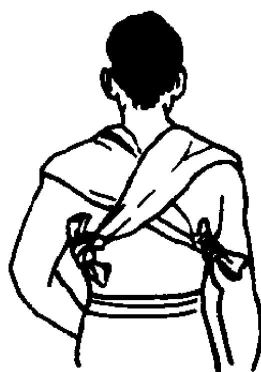




图 62　上衣胸部包扎法

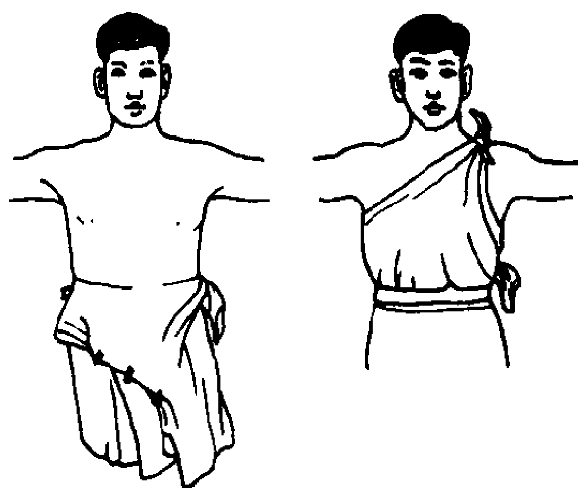


图 63　上衣侧胸包扎法

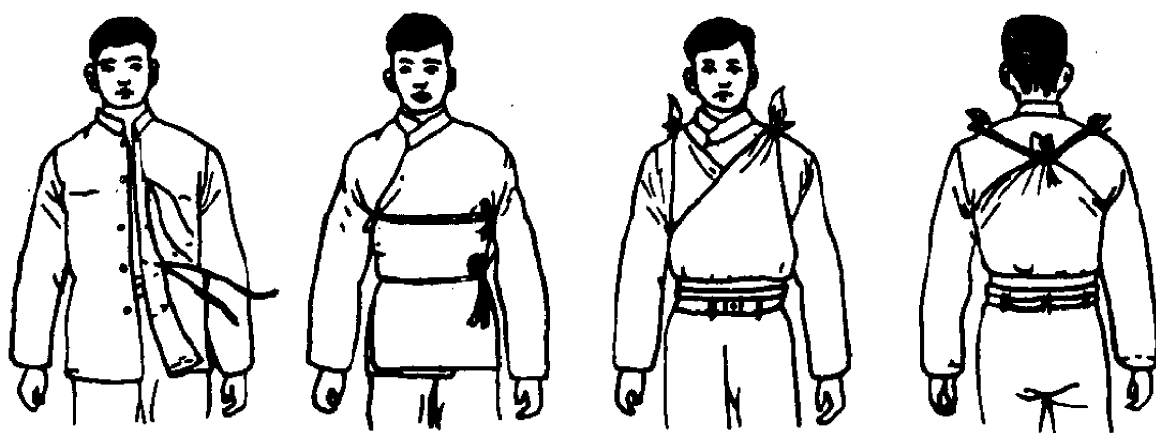


图 64　伤员上衣胸背包扎法

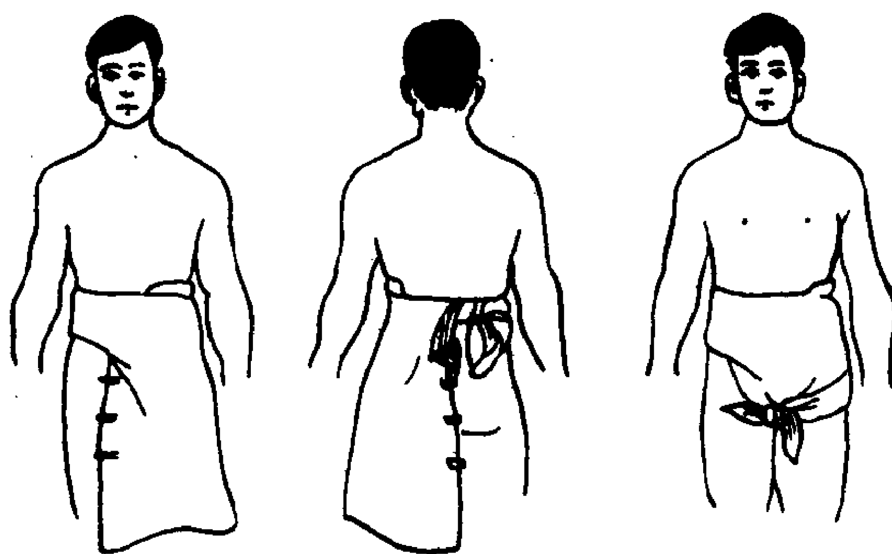


图 65　上衣腹部包扎法

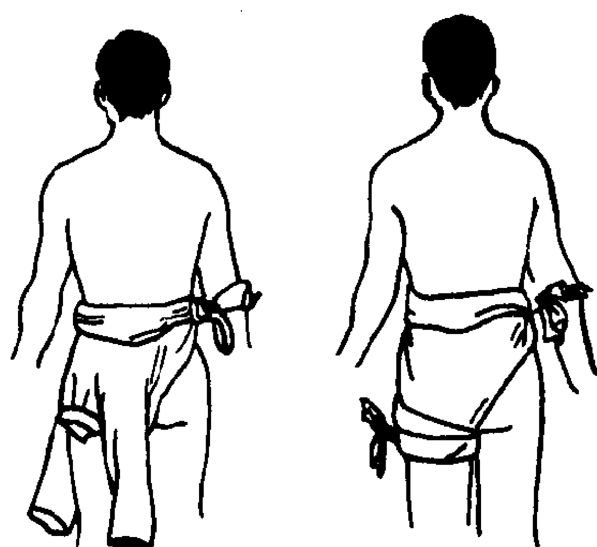


图 66 上衣单侧臀部包扎法

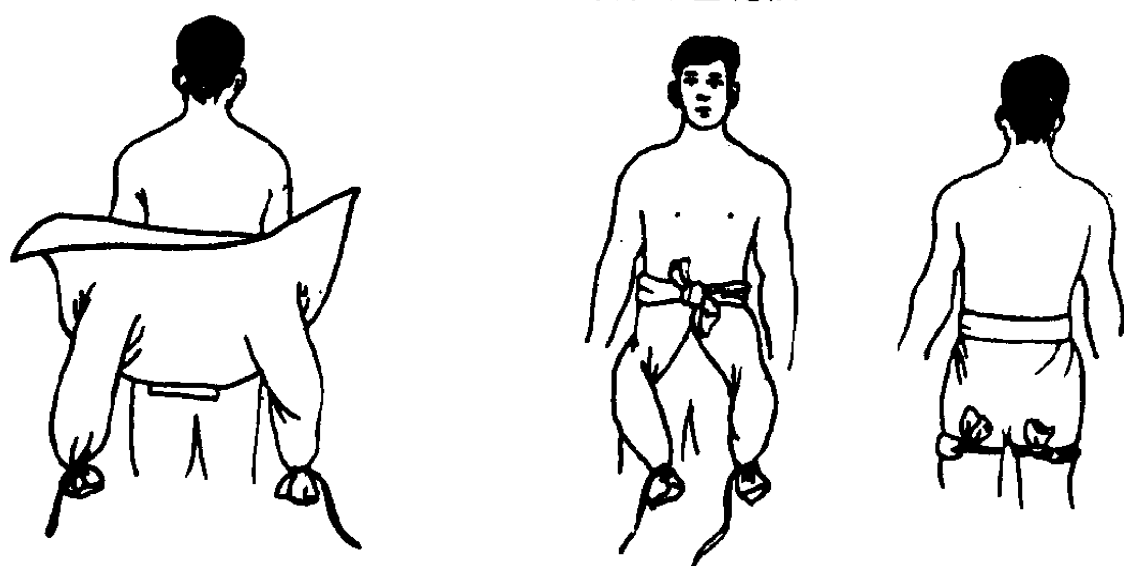


图 67 上衣双侧臀部包扎法

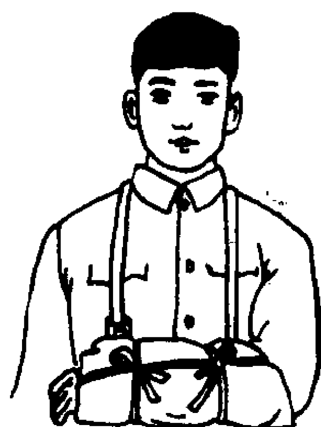


图 68 前臂背包包扎法

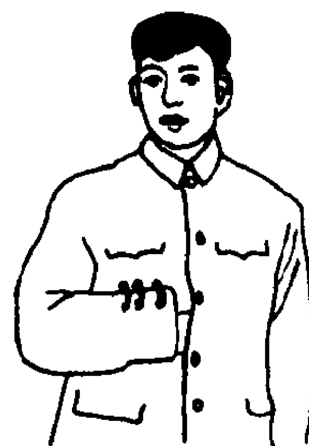


图 69 前臂衣服悬吊法

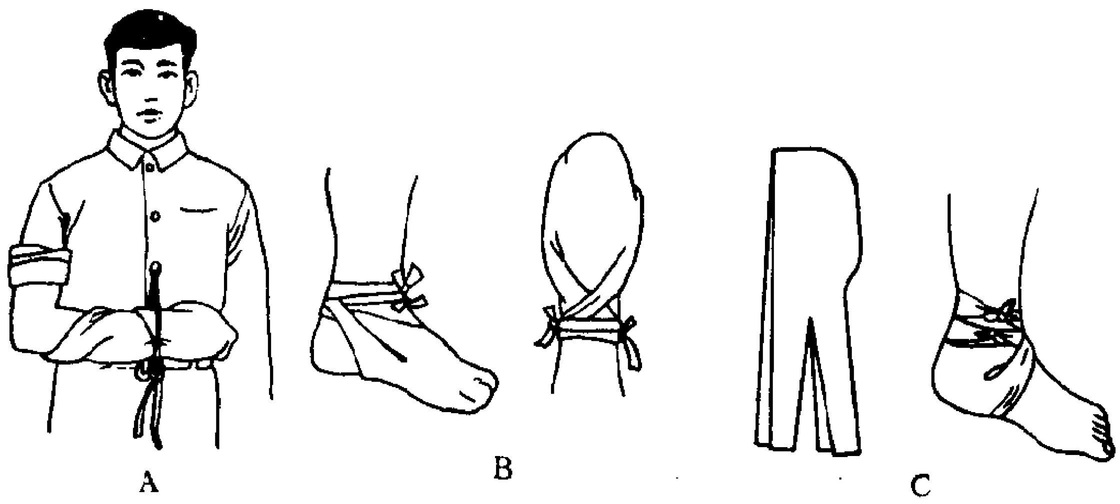


图 70　手和足部裤袋包扎法

第二章　家庭常见急症的救治

一、心绞痛

心绞痛是冠状动脉硬化性心脏病的常见类型。其发病是由于冠状动脉供血不足，心肌暂时缺血缺氧所致。常在劳累、受寒、饱餐、大量烟酒、精神紧张后发生。发作时患者突然感到胸骨后或心前区压榨性闷疼，有透不过气的感觉。这种压榨疼可能向肩部、背部和两臂放射。疼痛时间一般（3～5）分钟，患者安静休息或含服硝酸甘油、速效救心丸后症状缓解。

老年人心绞痛往往不典型，可以没有或仅有轻微的心前区痛，主要表现呕心、呕吐，精神异常，也有的人以牙痛、咽疼为突出表现。因此，在老年人出现这些症状时千万不能马虎大意。但也有的人出于对心肌梗塞、心绞痛的恐惧，特别是更年期病人，往往把胸部不适都当成心绞痛。如果他们说“像针刺一样一闪一闪地胸痛”，“吸气时胸痛”，这恐怕不像心绞痛。

心绞痛频繁发作，发作时症状加重，叫不稳定性心绞痛，不要掉以轻心，如果不治，发展下去就会导致心肌梗塞。

心绞痛发作时立即做如下处置：

（1）立即休息。环境要安静，解除患者精神紧张。

（2）如家中备有简易吸氧装置，如氧立得、氧气袋，可以给患者吸氧。

（3）硝酸甘油（为首选药物），（1～2）片舌下含服。也可用易顺脉往口腔喷（1～2）下。（1～2）分钟后即见效。也可中药速效救心丸等含服。

（4）可针刺膻中、心俞、厥阴俞，配内关、间使、足三里等穴。

因为心绞痛是冠状动脉硬化引起的缺血性心脏病，防治时主要在改善心肌缺血上下功夫。积极预防高血压、高血脂、糖尿病；坚持适度的体育活动；膳食中配以蔬菜、杂粮等高纤维食物；保持心情愉快。以上是中老年人养生之道，是防治冠心病心绞痛的有效方法。

二、急性心肌梗塞

急性心肌梗塞是由于冠状动脉高度痉挛或冠状动脉血管一支或几支被栓子堵塞所致。此病来势凶，死亡率高。因此人们一提心肌梗塞不免心惊胆颤。甚至有人说："心肌梗塞等于死亡"。但是这话讲得不够全面，事实上对于心肌梗塞病人早期正确救治，加上现在日新月异的急救技术，心肌梗塞的死亡率已大大降低了。

首先应早期识别心肌梗塞。如果心绞痛病人短期内心绞痛发作次数增多；每次发作时间持续延长超过15分钟；发作时含服硝酸甘油不像以前那样起作用；发作时脸色苍白、大汗淋漓或额头汗出如油；平时血压正常或高血压，此时突然下降，这些都是心肌梗塞的先兆。急性心肌梗塞多在寒冷季节易发病，一天之内多在早晨发病。高血压、高血糖、高血脂、肥胖、抽烟、喝酒等是造成本病的危险因素。以前提到心肌梗塞多指40岁以上的中老年人犯病，近来人们生活节奏加快、生活条件改善，年轻人患此病的渐渐多起来，所以这种病也可以叫做"现代病"。

遇到急性心肌梗塞的病人，首先要冷静沉着。尤其不能让患者紧张、兴奋。让患者取便于呼吸的舒服姿势，靠在被子上半卧位。解开患者衣领、领带、皮带。不能随意搬动病人，保持绝对卧床。赶紧吸氧，一时找不到氧气者要保持室内空气流

通、新鲜。迅速与急救站联系，就地抢救。在医务人员到来后，静脉滴极化液或复方丹参，无明显低血压的病人也可含服或静脉滴硝酸甘油。充分止痛，肌肉注射度冷丁或吗啡。然后病情稍稳定后在心电监护条件下送到医院继续治疗。

如果发现病人时已经意识丧失，心跳停止，应立即进行体外心脏按压和人工呼吸。

三、急性心律失常

在人的生命活动中，心脏总是有节奏地、不间断地进行着舒缩活动。心脏的这种节律活动是由心脏本身的传导系统支配的。传导系统规律地产生激动，严格遵循一定途径顺序将激动传导到心房和心室，从而使心房和心室有规律的舒缩活动。如果因某种原因使心脏激动产生失常或心脏传导异常，就会出现心律失常。

心律失常轻微时往往自己并不察觉，仅在常规健康检查时被医生发现。心律失常的症状是心慌、头晕、胸闷憋气、心脏像翻了个儿似的、脉搏不整齐、脉有间隙、严重时失去知觉、血压下降、心跳停止。

中医切脉有非常丰富的经验和十分系统的知识。以迟、数反映脉的速率异常，以促、结、代反映脉的节律异常。然而切脉尚不能准确反映出心律失常的类型。因此有上述症状时不论轻重一定要到医院检查。最常用的仪器是心电图，这是一种安全、简便的诊断心律失常的方法。有的人心律失常是阵发性的，在家里犯得很厉害，到医院做心电图检查时又正常了，医生还是确不了诊。这时医生会建议你做 24 小时连续、动态心电图观察，即将一个半导体大小的监测仪背在身上，心律不正常哪怕只有一次也能记录下来。最近又发明了一种遥控心电图电话传送装置，利用这种装置医生在医院里可以看到病人在家里的心

电图变化。这些都是对人体无伤害的检查方法，叫“无创检查”。有的心律失常需要做具体的解剖定位，以便手术或射频治疗，亦即要做有创性心导管检查；通过这些检查能准确反应心律失常的种类，例如是激动发生失常还是激动传导失常。在激动发生失常中是窦性还是异位性？在激动传导失常中是生理性、病理性还是特殊传导性？

心律失常种类不同，治疗方法也不一样。治疗药物有很强的选择性，有一定的毒副作用。因此心律失常的患者一定要经医生检查、诊断和治疗。在去医院前病人要保持安静，消除恐惧心理，有条件时吸些氧气，这样做也许某些心律失常会减轻或消失。有一种叫做阵发性室上性心动过速的心律失常，心率每分钟跳（160～250）次，但节律整齐。病人发作时心慌、胸闷、晕厥、血压下降。这时采用刺激迷走神经的方法可使心动过速停止。其方法是：

（1）病人深吸气后憋气，用力作呼气动作。

（2）压眶反射。用手指在眶下压迫一侧眼球上部（10～20）秒，按压时用力不可太大。

（3）按摩颈动脉窦。颈动脉窦大约位置在颈两侧甲状腺水平。先按摩右侧，无效时再按摩左侧，每侧按摩 20 秒左右。

（4）刺激咽部使病人产生恶心呕吐。

治疗心律失常首先要针对原发心脏疾病和引起心律失常的一些诱因。例如前边提到的阵发性室上性心动过速。在情绪激动、劳累、喝浓茶或咖啡后可诱发心律失常，生活中必须注意。心律失常的病人要定期复查、按着医生嘱咐服药，千万不可自己随便增加药量或减少药量，更不可轻易停药。

随着心脏介入检查治疗技术的开展，心律失常的诊断和治疗迈进一个新的阶段。

四、急性左心衰

急性左心衰也叫心源性哮喘，顾名思义，由于心脏疾病而引起的突然呼吸困难。

急性左心衰常发生于急性心肌梗塞、急性心肌炎、高血压性心脏病、心肌病、风湿性心脏病等病人，诱发因素可能是劳累、肺部感染、心律失常、妊娠和分娩等。由于以上原因造成心脏左心室排血量在短时间内急剧下降，甚至丧失排血机能，因此产生以下严重的症状和体征。

患者突然感到喘不过气来，睡眠中憋醒，端坐呼吸，面色苍白，口唇发绀，咳出大量泡沫状粉红色血痰，病人见此状更加烦躁不安。遇到急性左心衰病人应按以下方法急救。

（1）立即让病人取半卧位或半坐位，最好扶患者坐在床边，两条腿下垂，这样可以减少静脉回流量。也有人用老办法，即用气囊袖带轮流绑扎双下肢，每（15～20）分钟一次。

（2）吸氧。家庭可用氧气袋、氧立得等简易吸氧装置。若使氧气通过湿化瓶，湿化瓶内加入50%酒精，再吸入人体，治疗作用更明显。

（3）强心、利尿。强心药和利尿药的使用，是治疗急性左心衰相辅相承的两个重要措施。强心就是使心脏收缩能力增加，左心室排血量增加；利尿则是减少血容量，减轻心脏负担。常用的强心药有西地兰、地高辛等，要在医生指导下使用。常用的利尿药是静脉注射的快速高效制剂，如速尿、利尿酸钠等。

（4）血管扩张剂。使用血管扩张剂减轻左心室的负荷，如常用硝酸甘油、心痛定、消心痛等舌下含服。硝酸甘油也可以静脉点滴。

（5）镇静。常用吗啡或度冷丁肌肉注射、静脉注射。这些药是毒麻药品，要经主治医师签字后才能使用。

急性左心衰来势凶猛，在家里采取应急措施后要赶快送到医院急诊。随着医学的不断发展，治疗急性左心衰的方法越来越多，疗效也越来越好。

五、高血压危象

成人血压一般在安静休息时保持在高压 140 毫米汞柱（18.7kPa），低压不超过 90 毫米汞柱（12kPa）。以低压增高与否作为判断高血压的主要依据，而高压随年龄不同而有不同正常参考值。

根据高血压起病的缓急和病程进展情况，可将高血压分成缓进型和急进型。在某些诱因下，如寒冷刺激、睡眠不好、工作紧张、情绪激动等，血压骤然升高，可升到（26.7/17.3 千帕)（200/130 毫米汞柱)，形成高血压危象。这时患者有发热感、口干、心慌、多汗、寒战、皮肤苍白等一系列植物神经功能障碍的症状。血压升高以收缩压为主，严重时舒张压也显著升高。病人剧烈头痛、头昏、气短、视力模糊、甚至发生心绞痛、肺水肿、或高血压脑病的情况。高血压脑病则有脑组织水肿、损伤，出现头痛、呕吐、肢体活动不灵、半身麻木、瘫痪等症状。

高血压危象的治疗应快速及时。首先让患者卧床休息，消除紧张情绪，头部抬高。有条件吸氧时尽快吸氧。病人躁动不安时可口服些镇静剂，如安定片（1～2）片。降压治疗选用见效快、副作用小的药物，一般肌肉注射或静脉点滴，如压宁定、硝酸甘油等。争取在 1 小时内把骤升的血压降至（20.0/13.3 千帕）（150/100 毫米汞柱）左右。千万不能操之过急使血压迅速降到正常范围，这样患者会产生不适应等副作用。病人有脑水肿表现时还要及时给脱水药如甘露醇，利尿药（如速尿）。血压控制后改用口服降压药，如复方降压片、心痛定等。

为了预防高血压病，平时多注意自己的生活方式，如戒烟、

限制饮酒、多吃清淡饮食、减肥、坚持有氧代谢运动等等。

六、哮喘

哮喘发作是很常见的。其发作有季节性，春秋季发病率高，寒冷地区比温暖地区高。哮喘发作时病人十分痛苦，端坐呼吸，面色及嘴唇发绀，全身大汗，上气不接下气，有时远远就听到病人喘鸣声，痰液粘稠不易咳出。哮喘发作持续 12 小时以上，医学上叫哮喘持续状态，患者有可能昏迷，救治不当甚至死亡。

目前认为哮喘发病因素是多方面的，主要与体液免疫（过敏）反应、神经因素和肾上腺素 β-受体功能低下有关系。生活中有很多因素可诱发哮喘发作，每个病人的过敏原不同。如有的人好好的，一吃鱼虾便哮喘发作，有的人接触油漆引起哮喘，有的人对化妆品过敏而致哮喘，皮毛、花粉、灰尘、螨等等均可使某些人哮喘发作。

过去对哮喘病没什么好的治疗方法，以至病情反反复复，缠绵难愈，有传说“医家不治喘，治喘便丢脸”。现在由于对该病认识较深刻，治疗方法也非常有效。

哮喘发作的具体急救措施：

（1）让患者半卧位，消除其紧张和焦虑情绪。但慎用镇静剂。

（2）吸氧。哮喘病人家中应准备有氧气袋和简宜的吸氧装置。吸氧流量不宜过大，应坚持低流量持续吸氧的原则。

（3）吸入激素。如必可酮有抗炎作用。因局部应用激素所以副作用很小。病情需要时也可静脉使用激素，如甲强龙等。

（4）β_2-受体激动剂，如喘乐宁、喘康速等，气雾吸入也有助于哮喘发作的终止。

（5）对于一些不稳定的病人茶碱类药物是最常选用的，它具有舒张支气管、解痉抗炎的作用。由于生产工艺提高，茶碱

控释片等新制剂问世，长效安全，有很好的预防哮喘发作和治疗哮喘的作用。

（6）老年人哮喘可能和体内性激素改变有关。如妇女更年期体内雌激素水平改变可加重哮喘发作；男性患者也有相应变化。因此，应在医生指导下适量使用性激素，降低肾上腺激素的用量使哮喘发作缓解，对老年哮喘，还应重视并发病的治疗，如冠心病、高血压、糖尿病等，不可擅自投药，一定要有医生指导。

（7）控制感染、祛痰。这是治疗的重要环节，往往痰咳不出形成干硬的栓子堵塞小支气管导致支气管痉挛，哮喘发作十分顽固。采用化痰药或雾化吸入使痰液稀薄易于咳出，再用有效抗菌素消炎，可大大促进哮喘病的治愈。

（8）患者平时应注意饮食，预防因受凉上呼吸道感染，避免接触过敏原，不宜吃易于引起过敏的食物（鱼、虾等）。哮喘发作期间不要吃过甜过咸的东西，也不宜吃得过饱。有些患者对房屋装修材料、鸭绒衣被、某些药物等也要避免接触。

七、咯血

咳嗽痰中带血丝、血痰或大口鲜血，统称咳血，医学术语为咯血。

咯血常见于肺结核、支气管扩张、肺炎、肺脓肿等呼吸系统疾病，其次见于二尖瓣狭窄、肺栓塞、遗传性毛细血管扩张症等心血管系统疾病。此外，原发性或转移性肺部肿瘤，喉部息肉或损伤也可造成咯血。妇女月经期可有咯血，称为替代性月经。咯血原因很多，出血部却不外喉部、气管、支气管、肺实质。

咯血时病人大多神情紧张，咯血量大时病人脸色苍白、脉搏增快、血压下降。一般我们将咯血量小于100毫升者叫小咯

血，咯血（100～500）毫升者为中等量出血，多于500毫升者为大咯血。最危险的是大咯血窒息，抢救不及时或抢救不得法病人会死亡。这时病人突然胸闷，极度烦躁、喉头作响、张口瞪眼、大汗淋漓、双手乱抓，一派濒死挣扎的病象。

看到大咯血的病人，应分秒必争进行抢救，其方法如下：

（1）不要让病人看到咯出的血，安慰病人，解除患者的恐怖心理。

（2）立即让病人半侧卧位，如已知是那一侧肺部出血，应该取病侧卧位。遇病人因大出血而休克时，膝下垫毛巾被、枕头等物尽量把下肢抬高。这样使下肢血液回流到心脏以维持重要器官的循环。胸部放水袋帮助止血。

（3）小量咯血口服安络血、云南白药等止血药，结合止咳、消炎，就能控制。中等量和大量咯血病人需要用垂体后叶素缓慢静脉点滴。对反复大咯血病人，尚需输新鲜血，补充血容量同时催促止血。高血压和冠心病人用垂体后叶素时配合用硝酸甘油。

（4）如果用上述方法治疗无效，病情很危重而病变部位明确者，可考虑外科手术治疗。

（5）对大咯血窒息病人，一般是一人立即抱起病人下半身，使其身体倒置与床面成45°～60°角，保持充分引流体位，另一人轻托病人颈部，把头向背部屈曲，拍击背部以倒出肺内的血液。撬开牙齿，清除口咽部积存的血块。在医院内要做负压吸引、气管插管或气管切开。对大咯血的病人要随时注意保持其呼吸道通畅，往往家里无有关设备、条件，必须赶快送医院急救。

八、呕血

呕血也叫吐血，与咯血不同，是从消化道出来的血。呕血前常有恶心，呕血颜色多呈咖啡色，常混有食物饭渣。呕血的

病人多数有黑大便，呈柏油状，也叫“柏油便”。呕血病人感到无力，眼前发黑、腹痛、口渴，呕血量大时心慌、血压下降，严重时呈休克状态。

呕血的原因很多，最常见的病是胃溃疡、十二指肠球部溃疡，其次是急慢性胃粘膜病变、肝硬化食道胃底静脉曲张、胃癌、食道贲门粘膜撕裂症等。另外，血液病、慢性肾炎尿毒症等病也导致呕血。

救治呕血首先是治疗引起呕血的原发疾病，即所谓治病必求其本。例如，呕血由溃疡病引起的，要使用抗酸药（泰胃美、雷尼替丁、法莫替丁、洛赛克等）和胃粘膜保护药（麦滋林、硫糖铝等）；如因肝硬化门脉高压引起呕血，要使用降低门脉压的药（善得定、垂体后叶素等）。

其次，呕血时的局部治疗也很重要。如用冰盐水或内加去甲肾上腺素了的冰盐水由胃管灌入胃内，半小时后抽出，反复多次达到止血目的。也可将一种叫凝血酶的药加在少量水或牛奶中让病人喝下，局部止血。有些特殊病人可到医院进行胃镜下止血、局部硬化治疗或出血病位套扎等先进技术。

如果止血效果不好，病人处于休克状态，要大量输血。若在（6～8）小时内输入（600～800）毫升血，血压、脉搏以及全身情况不见好转，说明出血量很多或出血仍在继续而且相当迅速，则要考虑早期紧急手术治疗。

九、便血

一提到大便出血，便有人想到是痔疮出血，认为没什么大事，因而耽误治疗。其实，对于大便出血的诊断一点也不能马虎。要根据便血的颜色、血量多少、血与大便的关系、便血伴随症状等仔细研究，做出鉴别诊断。

如经常在排便后滴出少量鲜血，或染于手纸上，无消瘦、腹

泻等症状，则以痔疮出血的可能性大。痔疮出血时间久了会使血色素下降，呈现慢性失血性贫血面貌。痔也有时因血管破裂，出现大量鲜红色血液。中年以上病人，如有慢性腹泻屡治不见效，大便混有血液，人日见消瘦，则要高度警惕直肠癌的可能。如病人便血同时腹部疼痛，摸到腹块，应想到结肠癌、肠套迭等病。如粪便带有脓血或粘液，并有下坠和里急后重感，可能是痢疾或肠炎。这种病人往往伴有发热。小儿经常便血而无其他症状，应考虑肠息肉。另外其他一些疾病，如血吸虫病、阿米巴痢疾、非特异性溃疡性结肠炎、肠系膜血管栓塞或血栓形成、流行性出血热、钩端螺旋体病等也可有便血，需一一加以辨别。

有人称，大便是健康的晴雨表，要养成经常观察大便的习惯。

便血的病人应如何治疗？首先，要弄清出血原因和诱因。对有些出血病人经过问病史便可对其出血原因及诱因略知一、二。如患者吃了不干净东西，发热、便脓血、里急后重，可能是痢疾。再如，素有胃溃疡病的人，因头痛感冒吃了阿司匹林等药，大便呈柏油样，可能是溃疡出血。便血病因明确者一定要治其根本；病因一时难以明确的便血，要先对症止血。对便血病人应使其保持安静，尽量不让其看到自己便出的血，同时要病人保暖，抬高双下肢平卧。能口服药物的可以服云南白药、安络血等止血药。如果出血量较大，要立即送往医院，静脉投入止血药物。根据病情需要采用外科手术治疗止血。

十、中风

中风也称脑卒中，是中老年人最常见危重病，它的发病率超过心肌梗塞，在我国其死亡率也居诸病之冠。中风包括脑出血、脑梗塞、脑血栓形成、蛛网膜下腔出血。

月晕则风，日晕则雨。任何事物在发生变化之前都有某些先兆。中风也不例外，也有些早期信号。这些早期信号观察起来有以下几点：

①高血压、脑动脉硬化患者突然出现头痛、头晕、一侧肢体麻木或发软、眼前发黑，可能发生脑出血或蛛网膜下腔出血。

②一过性言语不清，视物模糊，一侧口角流口水，一侧肢体麻木、活动不灵，这是颈内动脉系统短暂性脑缺血的表现，可能发生脑血栓。

③心脏病患者，特别是风湿性心脏病患者，在发生脉搏不整齐，心慌、心悸、晕厥时，可能是因心房纤颤栓子脱落下来，通过血液循环进入脑动脉，造成脑栓塞。

④患者有突然发作性天旋地转，呕吐、四肢麻木，看东西双影，这是脑椎基底动脉供血不足的原因。轻者发生晕厥，重者会发展为缺血性脑病。

⑤一侧肢体麻木、口角偏斜，常是丘脑缺血表现，属于脑中风的一种常见类型。

上述这些症状，可能每次犯病持续时间不长，最多不超过24小时，一般数秒钟至数小时不等。其症状发生快、消失也快，恢复后不留任何后遗症，称为短暂性脑缺血，英文名字叫TIA。有的科学家统计，将近1/3的TIA病人在5年内发生中风，其中20%的人在1个月内发生中风，50%的人在1年内发生中风。

TIA发生的根本原因是颈动脉粥样硬化斑块上附着的血小板凝块、附壁血栓或胆固醇碎片脱落，随血液进入颅内，形成的微小栓塞堵塞脑血管或视网膜动脉造成的。

脑中风的病人突然倒在你的面前，怎么办好呢？应立即采取如下措施：

（1）采取正确急救体位。脑中风病人往往是大胖子，其脖颈粗短，舌根容易后坠，引起呼吸道阻塞而窒息死亡。因此，中风发生时最有效的是取昏睡体位，即让患者侧身俯卧，下颌略向前突。

（2）使病人保持安静，避免不必要的搬动或刺激。但是中风病人常有在上厕所时倒下，在厕所内是无法进行抢救的，把病人从厕所运到房间的最简便办法是从病人后面把手伸到两腋下，让病人头部保持正常位置稍后仰，然后轻轻地拖运。

（3）降低颅内压、防止脑水肿和脑疝发生。常用20%甘露醇、50%葡萄糖、速尿等药物快速静脉滴注。

（4）控制血压。血压过高可适当下降，不能降得太快、太低。一般在（20～24）/（12～14.7）千帕左右。

（5）止血。一般用止血芳酸、止血敏等药静脉滴注。脑血栓病人则相反，要用扩张脑血管的药物、抗凝药物、溶栓药物或活血化瘀药物。因此必须对病情做详细鉴别。要精确做到这一点，必须到医院做CT等检查。

（6）预防感染和褥疮发生，保持水和电介质、酸碱平衡。

对于中风的预防十分重要。在日常生活中应注意调节情绪，适当锻炼，合理饮食。要定期检查身体，治疗高血压、糖尿病、高脂血症、动脉硬化等原发疾病。吸烟是中风的危险因素。中风的发生与吸烟量有关。有人研究指出每天吸40支烟者中风危险性是每天吸烟不足10支者的2倍。戒烟后2年，中风危险性显著下降。嗜酒也是中风的危险因素。

十一、癫痫发作

癫痫病通常叫“羊痫疯”，是神经系统常见急症之一。根据发病原因，可将癫痫分为原发性与症状性两大类。前者多见于青少年，有习惯性惊厥，而病史及全身检查无阳性发现；后者

多为 30 岁以后首次发病，或有脑外伤、颅内感染性疾病、颅内肿瘤、脑血管疾病、先天性脑畸形等脑部疾病。

癫痫发作可有多种多样表现。癫痫大发作可有先兆（原发性患者无先兆），发作时病人神志突然丧失，发出尖叫声，跌倒在地，瞳孔散大，对光反射消失，全身肌肉短暂阵挛性抽搐，口吐白沫，舌被咬破时口吐血沫，并可有大小便失禁，抽搐后进入昏睡状态，以后意识逐渐恢复。癫痫大发作非常凶险，病人有意外伤害可能（如发作时倒在火炉上、水池边、触电等），也可能在大发作中因缺氧、窒息而死亡。癫痫小发作仅有短暂意识丧失，无全身痉挛现象。精神运动性发作有意识障碍与无意识动作。局限性发作一般见于大脑皮层局部器质性损害，有一侧肢体抽搐，无意识障碍。癫痫持续状态表现为相继出现癫痫大发作或连续抽搐中间没有清醒时间，持续 30 分钟以上或者每小时大发作（4～5）次之多。

对癫痫大发作者必须及时进行抢救：

（1）使患者取平卧位，迅速解开衣领，解开领带、衣扣、腰带。检查患者有无假牙，有假牙时要取出，然后用手指或开口器打开患者上下颌，垫以牙垫，清除口腔内呕吐物，必要时用舌钳将舌拉出。所有这些措施都是为了保持呼吸道通畅。

（2）患者抽搐时严重缺氧，要及时吸氧。

（3）控制癫痫发作。肌肉或静脉注射安定，安定与苯妥英钠同时静脉注射效果更好。也可以针刺内关、人中、风府、大椎、后溪、申脉。

（4）如上述方法仍不能控制癫痫发作，可以用 10%水合氯醛（30～40）毫升灌肠。

（5）抽搐时间长者或癫痫持续状态应加以脱水剂，以防止脑水肿。

（6）应用抗生素预防和治疗感染。

对于癫痫病患者应注意起居、住行。生活要有规律，保持二便通畅，避免惊吓，保持乐观情绪，适当参加文娱活动和体育锻炼，保证充足睡眠。避免登山、骑自行车。不宜从事高空作业、水上作业及驾驶车辆。

十二、低血糖

日常生活中常常遇到有的人突然皮肤及颜面苍白、出冷汗、饥饿感觉、心慌、疲乏无力、手足颤抖。严重时头晕、眼花、神志不清、昏迷不醒。这时，我们首先想到的是喂病人一些糖水，结果病人症状减轻或消失。这就是低血糖症。

正常人空腹每100毫升静脉血含（80～120）毫克（福林—吴法）或（60～100）毫克（真糖法）。如果血糖浓度每100毫升全血低于50毫克（真糖法），即可出现上述症状。

低血糖可分为两种情况。一种是症状出现于空腹较长时间之后，往往在早晨未进餐之前。它可能是器质性病变所致，如胰岛β细胞病变、胰外巨大肿瘤、垂体前叶、肾上腺皮质或胰岛α细胞功能低下、严重肝病等；也可能是功能性低血糖，无原发病理损伤，如严重营养不良、药源性低血糖。另一种是低血糖症症状发生在进食后（2～5）小时。这是什么原因呢？餐后低血糖常见于以下四种情况：

（1）可能由于植物神经功能紊乱，迷走神经兴奋，刺激胰岛素分泌过多，造成低血糖。

（2）由于对亮氨酸过度敏感，引起胰岛素分泌过多所致。

（3）轻型糖尿病中的反应性低血糖。

（4）胃肠吻合手术或胃大部切除术后，由于食物从胃迅速进入空肠，引起胰岛素分泌过多。

低血糖发生后急救措施：迅速口服糖水，重症者立即静脉

注射50%葡萄糖50毫升，静脉滴注(5～10)%葡萄糖液，直至症状缓解后送往医院做进一步检查，根据检查结果明确诊断，做相应治疗。

有低血糖发作病史者，为了自救互救的需要，衣服口袋里可装些水果糖等，最好随身带救生卡，卡上标明："在我突然昏倒时请给些糖水喝！"

十三、高热

正常人的体温是相对恒定的，一般不超过37℃。当体温超过37.5℃时称为发热。37.5℃～38℃称为低热，38℃～39℃为中度发热，39℃～40℃为高热，体温在40℃以上为超高热。

高热是一种症状。引起高热的原因有各种传染病、炎症、恶性肿瘤、风湿热、胶原性疾病、过敏性疾病、内分泌疾病、代谢障碍、体温调节中枢功能失常等。

要明确发热的原因必须详细询问病史，仔细进行体格检查，必要时做化验和其他特殊检查。根据热型、发热时伴随症状等帮助诊断。如发热伴寒战常见于大叶性肺炎、败血症、急性胆囊炎、急性肾盂肾炎、流行性脑脊髓膜炎、钩端螺旋体病、疟疾等；发热伴昏迷要考虑乙型脑炎，中毒性痢疾、脑型疟疾等；发热伴关节肿痛可能是败血症、布氏杆菌病、结核病、风湿热、结缔组织疾病等；发热伴肝脾肿大或淋巴结肿大常见于传染性单核细胞增多症、病毒性肝炎、急性血吸虫病、结缔组织病或风疹、淋巴结核、白血病等；发热伴出血现象可见于流行性出血热，重症麻疹，急性再生障碍性贫血等；发热伴结膜充血常见于麻疹、流行性出血热、斑疹伤寒等。

中医对发热有独到见解，分为外感发热和内因发热。外感发热是各种外邪（风、寒、暑、湿、燥、火）侵犯人体，体内正气与邪气相互斗争的表现。内因发热则是由于阴虚、血虚、气

郁、血瘀等使阴阳平衡失调所致。

高热病人应该及时采取措施治疗，尤其是婴幼儿高热容易引起抽风（惊厥），是十分危重的。对于高热的治疗措施如下：

（1）物理降温。用（30～40）%酒精反复擦洗患者头颈部、腋下、肘窝、手心、腹股沟、胸窝、脚心、胸前等处，擦浴时间以半小时左右为好，不易长时间使用。擦浴时注意不要将酒精流入眼睛、会阴等部位。在家里还可以用温水浴降温，一般用 32℃～36℃的温水擦浴（5～10）分钟，或使患者头部露出水面，全身浸于温水中。有条件时可用冰枕，将冰袋放于枕部或腋窝、腹股沟等大动脉搏动处。也可用冷盐水或冰水（50～200）毫升灌肠。

（2）药物降温。当体温过高使患者发生烦躁不安、谵语、抽搐等症状时，要迅速控制症状，可以给予药物降温，如口服阿司匹林、肌肉注射安痛定、肛门栓剂消炎痛等，必要时用冬眠疗法。根据病情物理降温和药物降温可同时使用。

（3）病因治疗。这是最根本的措施。未明确病因滥用解热药可能掩盖病情、铸成大祸。

（4）高热病人要多饮水，注意休息，清淡饮食。

十四、尿潴留

急性尿潴留是十分痛苦的。病人由于某种原因在短时间突然不能排尿，膀胱被尿液充满极度膨胀。这时病人尿意紧迫，下腹胀痛、坐卧不安、呻吟辗转。

膀胱潴留是由于排尿困难引起的。一种是因为下尿路阻塞性病变所致，如膀胱颈部结石、肿瘤、膀胱血块、膀胱颈部炎性水肿和狭窄、子宫肌瘤及怀孕子宫压迫等；或后尿道前列腺肥大、前列腺癌、前列腺纤维化、结石、肿块等；或前尿道损伤、结石、血块、畸形、包皮嵌顿等。另一种是因为神经功能

性排尿困难而致急性尿潴留。常见于神经性膀胱、脊髓损伤、隐性脊柱裂、反射性括约肌痉挛、老年人膀胱松弛，神经功能性（如在公共场所排不出尿来）等。

急性尿潴留对症治疗原则是引流尿液，排空膀胱。

（1）鼓励病人自行排尿。安慰其不要精神紧张，因为越是紧张，越排不出尿，越痛苦。

（2）在下腹部轻轻按摩膀胱区或局部热敷，也可针刺排尿。取穴：肾气不足者刺阴谷、肾俞、三焦俞、气海等；湿热下注者刺三阴交、阴陵泉、膀胱俞、中极。注意在针刺时下腹部穴位宜浅刺、斜刺或横刺，忌深刺、直刺，以免损伤膀胱。

（3）导尿。经以上方法无效时应进行导尿，在严格消毒后插入导尿管。有的患者特别是老年人插导尿管有时很困难，要请有经验大夫操作，或用特殊导尿管。导尿管一旦插入要保留一段时间，避免反复插管引起尿道损伤和尿道感染。

（4）紧急情况下，插导尿管十分困难时，可以膀胱穿刺，在耻骨联合上（1～2）厘米处消毒后用18号穿刺针垂直刺入腹壁（3～5）厘米，抽出尿液后用纱布复盖穿刺部位，防止感染。

中医称急性尿潴留为癃闭。对癃闭的病因病机和治则有十分独到的见解。除针刺疗法外，气功疗法、饮食疗法、推拿按摩疗法等常常取得很好疗效。

对于急性尿潴留要审病求因，不能以一时减轻症状为满足，特别是老年人，一定要做详细检查，治疗原发疾病。

十五、呃逆

呃逆俗称打嗝儿，在日常生活中常会见到。

打嗝是由于膈肌不自主间隙性收缩所致。膈肌收缩产生吸气，但吸气过程中声门突然关闭，使气流突然中断，发出特殊的呃逆声。最常见发生于吃饭过快、食物过热、进食时受风、腹

部受凉等情况。最明显的例子是婴儿喂奶时吞入空气，便不断打嗝儿。这类呃逆持续时间较短，一般数分钟、数小时即可平息。值得警惕的是，有些人打起嗝儿来没完没了，可连续好几天。这种情况需要到医院做一些必要的检查，因为持续呃逆可能是得了某种重病的信号。如膈下脓肿、肝癌、肝脓肿、脑肿瘤、脑炎、脑动脉硬化、胸膜炎、心包炎等。民间流传"打嗝三日必有灾"的说法大概即源于此吧。

治疗打嗝儿的方法很多，民间流行的作法是屏住呼吸、深呼吸、喝水、猛然惊吓等。当这些作法无效时可以试用以下治疗方法。

（1）压迫眼球。首先让患者安静平卧，施术者用两只手的食指、中指、无名指和小指按住两个眼球上方，让患者憋气停止呼吸。按压时用力不要过大。

（2）纸袋法。用大纸袋或塑料袋罩住鼻子和嘴，连续呼吸5分钟左右，这种治疗的道理是二氧化碳对治疗打嗝儿有效。在医院可用麻醉机吸入氧和二氧化碳混合气体。

（3）按摩内关穴。内关穴在腕横纹上二指前臂正中处。

（4）以上方法无效时可结合使用药物。常用药物有：胃复安10毫克，每天3次口服，或氯丙嗪（12.5～25）毫克，每天3次口服，回苏灵8毫克，肌肉或静脉注射。

（5）顽固性呃逆，一定要请医生查明原因，治疗原发病。千万不要误微疾为沉疴。

第三章　意外伤害与急性创伤的救治

一、烧伤

日常生活中，玩耍的小孩将开水打翻，抽烟不慎烧着衣被，电线老化或超负荷引起房屋着火，均可发生烧伤、烫伤，严重者可造成生命和财产损失。

烧伤的病情轻重和预后好坏和烧伤的面积与深度有关。

简单的烧伤面积估测有手掌法和九分法。（图 71）手掌法是以受伤者本人的一个手掌（指并拢）面积占体表面积 1%来估计。比如烧伤面积有其 5 个手掌大小，则烧伤面积为 5%。九分法是指头部烧伤占人体表面积 9%，双上肢烧伤占人体面积 18%，躯干烧伤占 27%，双下肢烧伤占 45%，会阴部烧伤占 1%。这种分法适合于成年人烧伤面积较大者。

烧伤的深度识别对治疗烧伤非常重要。按热力损伤人体组织的层次大体分为Ⅰ°烧伤、Ⅱ°烧伤和Ⅲ°烧伤。见下表。

度	外　观	症　状
一度	皮肤发红	火辣辣地痛
二度	累及真皮出水疱	疼痛加重有烧灼感
三度	累及皮下肌肉、皮肤发白	患部麻木针刺也不痛

Ⅰ°烧伤：仅伤及表皮，局部红肿无水疱，火辣辣地痛。(3～5)日可好转，脱屑而不留瘢痕。Ⅰ°烧伤又称红斑性烧伤。

Ⅱ°烧伤：损伤至真皮，局部出现水疱，剧痛和感觉过敏。(3～4）周可愈合，可留下烧伤斑痕。Ⅱ°烧伤又称水疱性烧伤。

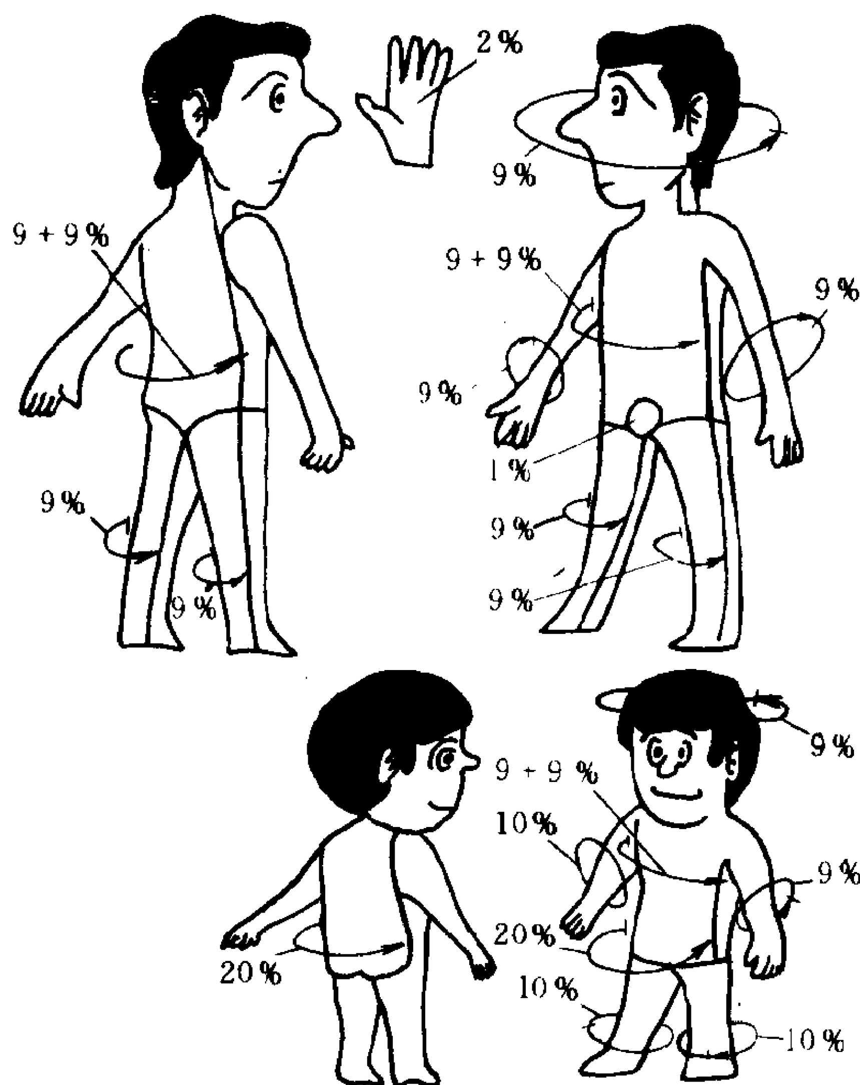


图 71　烧伤面积计算

以 9%为标准计算身体各部位面积的方法，成人烧伤 20%小儿老人烧伤 10%～15%以上出现危险

Ⅲ°烧伤：伤及皮肤全层，甚至可深达肌肉、骨骼。皮肤坏死、脱水后形成焦痂。所以Ⅲ°烧伤又称焦痂性烧伤。这种烧伤丧失皮肤功能，常常形成畸形。

根据烧伤面积和烧伤深度，可以把烧伤分成轻、中、重三度，以便于设计治疗方案。

对于烧伤的急救与治疗方法如下：

（1）保护烧伤部位。迅速脱离热源，可用凉水冲淋烧伤部位，直到痛的感觉减轻或消失为止。伤处的衣裤袜之类要轻轻

剪开取下，不要用力剥脱，以免再损伤局部组织。严禁用香灰或氧化锌软膏之类涂抹烧伤部位，应用清洁的被单、衣服覆盖创面或简单包扎。

（2）镇静止痛。烧伤病人尤其Ⅰ°和Ⅱ°烧伤病人疼痛非常厉害，应给些镇静止痛药，如安定、去痛片，严重时注射度冷丁。

（3）若患者曾被包围于大火之中，应注意有无呼吸道烧伤。这类患者往往在逃离火海时曾大声呼叫，吸入较多热空气，检查时有鼻毛烧焦现象。另外还要注意眉毛烧焦时可能有眼睛烧伤，对此必须高度重视。对于呼吸道烧伤要给予氧气吸入，保持气道通畅，必要时做气管切开。

（4）Ⅰ°烧伤一般只需保持局部清洁，涂些烧伤油膏，在家也可治疗。Ⅱ°以上烧伤需要立即送往医院，在对伤面作初步清创处理后，选用包扎疗法或暴露疗法进行治疗。

（5）严重烧伤要去痂植皮，预防感染，抢救休克，帮助病人渡过道道难关。

俗话说水火无情。平时要养成防火意识，及时发现隐患。一旦身陷火海，要有自救的常识。衣服着火时不要来回奔跑，不要用东西拍打，可以就地翻滚以熄灭火焰。住高层建筑着火者不要迎着火焰从楼道逃生。可以用湿毛巾、被单罩住面部，以匍匐的姿势爬到阳台上，呼救或顺绳子下滑。楼道着火时千万不要打开门，要用湿被子将门堵住，切断火源。

二、冻伤

生活中常见的冻伤是在低温（10℃以下，冰点以上）和潮湿条件下造成的。俗话也叫冻疮，医学上叫非冻结性冷伤。

冻疮一般发生于冬季和早春，南方比北方多见。这是因为南方防寒措施比北方差，又较北方潮湿。

冻疮发病往往不知不觉。等到手足部位红肿、痒感、刺痛才知发生了冻疮。严重时局部可起水泡，水泡破后创面发红，渗液。伤面并发感染时可引起糜烂或溃疡。

冻疮容易复发，常在同一部位，可能与一次患病后局部皮肤血流差、抵抗力降低有关。在相同的条件下，有的人犯病有的人不犯病，这和个体因素有关。一般说来儿童容易发生冻疮。妇女、老年人也有较高发病率。冻疮发生部位一般在身体末稍部位，如手、足、面颊、耳廓、鼻部。

冻疮的防治一般并不复杂。冬季或早春在野外工作人员应有防寒、防水服装，儿童在外面玩耍要穿暖和衣服，戴手套穿棉鞋。对于手、足、耳等特别易于发生冻疮的部位，可擦些防冻疮霜剂。发生冻疮后，局部皮肤完整者可搽冻疮膏，每日温敷数次。也可在冻疮上均匀放上 0.3 厘米厚的姜片，再在姜片上放艾炷进行灸治。以灸至冻疮局部有舒适的温热感为度。每天灸 1 次。皮肤糜烂或溃疡者用含抗菌药物的软膏搽。中医讲究冬病夏治。每年易发生冻疮者可以在入冬前就进行预防性治疗，如用梅花针叩打冻疮好发部位，隔天一次，有预防冻疮发生的作用。而饮酒不能预防冻疮。

三、中暑

正常情况下体温调节中枢使人体的散热和产热保持相对平衡，保证体温在（36～37）℃左右。在劳动时，体内代谢过程加速，产热增加，这时在神经中枢的调节下，皮肤血管扩张，血流加速，汗腺分泌增加，呼吸加快，使体内产生的热量送达体表，通过辐射、传导、对流及蒸发等方式散热。当外界温度超过皮肤温度（32℃～35℃）时，通过辐射、传导及对流散热就十分困难，甚至反而从外界受热。在这种情况下只有通过皮肤出汗，蒸发汗液来散热。如果此时空气温度过高，通风又不好，

空气湿度大，那么连蒸发散热也不可能了。于是，体内热量便不断积聚，当温度超过人体耐受的限度时就会发生中暑。医生管这类中暑叫热射病。这就难怪闷热天气为什么中暑多见了。

中暑的另一种类型叫日射病。顾名思义，是在烈日下作业或旅行，不戴遮阳帽，日光中波长为（600～1000）纳米的可见光线和红外光线穿透头皮和颅骨，引起脑组织损伤、充血和水肿，大脑温度可升到（40～42）℃，故此发病。

中暑中还有一种叫热痉挛。在高温车间或烈日工作的人大量出汗，而汗是水分和盐分等组成的。大量出汗就会丢失很多水分和盐分，此时如不注意补充盐分，只是喝水，使体内盐分含量过低，于是发生小腿肚抽筋、呃逆、腹绞痛等症状。

中暑早期发现及时治疗，短时间内可恢复正常。如果在高温环境中活动，出现大量出汗、口渴、头晕、眼花、耳鸣、胸闷、心悸、恶心、乏力、注意力不集中，体温正常或稍高，就是中暑的先兆。这时应把患者移至阴凉通风处休息，喝些清凉饮料如浓茶、淡盐水、绿豆汤等。也可服人丹、十滴水、藿香正气水等。

重症中暑包括日射病、热痉挛、中暑高热及中暑衰竭，除早期中暑和轻症中暑的一些症状外，病人有严重的神志改变，惊厥、昏迷、高热、血压下降，以至脑水肿、肺水肿、肝肾功能不全、心功能不全等并发症发生，救治不及时可导致病人死亡。

重症中暑病人应积极采取降温措施。只把病人移至阴凉通风处还不够，还可用井水、冰水或酒精擦身使皮肤发红；在头颈部、腋下、腹股沟等大血管区放置冰袋；或者把病人除头部以外浸于冰水中。必须注意的是，在物理降温过程中，由于皮肤很快冷却，可引起周围血管收缩及血流瘀滞，必须用力按摩患者四肢及躯干，促进血液循环，加速散热。必要时还可用药

物降温，如氯丙嗪静脉滴注。

对于重症中暑病人要输液治疗，一般用生理盐水或5%葡萄糖盐水（1000～1500）毫升。注意纠正水、电解质及酸碱平衡紊乱。

中暑的预防十分重要。在烈日下活动一定要戴遮阳帽，不可在烈日下躺卧、睡觉。在高温环境中工作的人不能喝酒，不可吃得过饱。注意睡眠及休息要充足。出汗时多喝些含盐分的清凉饮料。炎热夏天不要穿深色、不吸汗、不透气的衣服。老年人的居所要凉快、通风。多吃些西瓜等解暑果品。

四、电击伤

随着人们生活水平提高,越来越多的家用电器供应市场,步入家庭。随之而来也带来不少麻烦，这就是时有触电致伤、致命的事件发生。原因是有些人不重视安全用电，违章布线；违反或不懂操作规定；电线超负荷等等。另外在施工中忽视安全，雷雨中大树下躲避，火灾、地震发生，也都可能发生电击伤。

电击伤的严重程度和电流种类、电流强度、电压及电阻、电流通过人体的路径和时间等有关系。

轻度电击伤病人短期内头晕、心悸、恶心，有的面色苍白、出汗、颤抖，表现出惊恐万状。重度电击伤病人心室颤动、昏迷、抽搐，以至呼吸停止。皮肤灼伤处焦黄或棕黑色，体表灼伤及深部组织损伤严重者可出现广泛出血、渗液，导致低血容量休克、肌红蛋白尿及血红蛋白尿，甚至急性肾功能衰竭。电流通过脊髓，可发生上下肢瘫痪。有的电击后从高处掉下或摔倒在地造成脑震荡、骨折。

电击伤的救治首先要切断电源。一定要用绝缘的木棒、竹竿挑开电线，立即关闭电闸，或用干燥的木把斧斩断电线。千万不能用手拉电线或拉拖病人。抢救中电者时，自己要预防中

电（图 72）。



图 72　脱离电源方法

如果病人触电后心跳呼吸停止，马上开始体外心脏按摩和口对口呼吸，其方法见第一章第二节。只是电击伤病人的抢救要付出更多的辛劳，有时体外心脏按压要进行几个小时，不得轻易放弃。如果电击伤后伴有肋骨骨折或张力性气胸，或经过一定时间体外心脏按摩无效时，要作开胸直接心脏按压。

病人复苏后需进一步检查和处理外伤，防止感染。

最后介绍一下打雷时防雷电击伤的几点常识（图 73）：

（1）雷容易击中高的东西，因此雷雨天在树荫下避雨是很危险的，要远离大树木，离开树木的距离要超过树的高度。

（2）身体要低伏。

（3）去掉身上金属饰物，如戒指、项链、扣子等。

（4）在室内屋子中央最安全。

五、淹溺

每到夏日，江河湖海及游泳池内游泳爱好者大显身手。也就在这个季节，淹溺的事件发生率最高。人溺水后，先是剧烈挣扎和屏气，1 至 2 分钟后因不能耐受缺氧而被迫呼吸，于是发



图 73　避雷电方法

生呛水，大量的水吸入气管和肺内，使人窒息。如不能及时抢救或救治不得法，就可能造成心跳呼吸停止而死亡。

溺水病人全身浮肿、皮肤紫绀，双眼充血，口鼻充满血性泡沫、泥沙或水草。手足皮肤皱缩苍白，四肢湿冷。呼吸困难或呼吸停止。血压下降。胃内因充满积水而上腹膨胀。

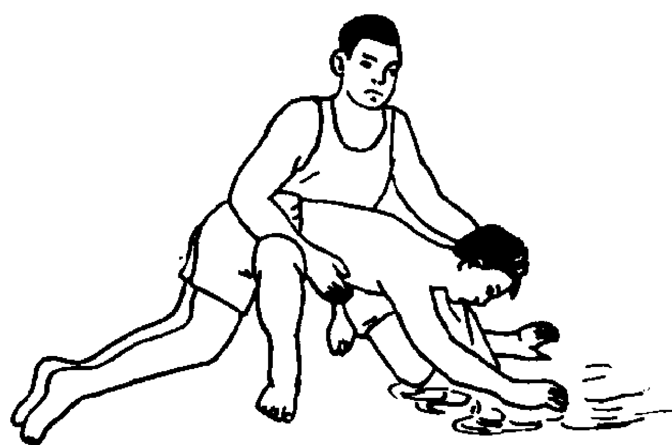


图 74　溺水的排水法

一般认为抢救溺水者要先让患者吐水，其实这样做是很片面的、错误的。因为淡水溺水者（在江、河、游泳池内）吸入肺中的水常很快被吸收入血，3分钟后水即不可能排出。海水溺水后一般姿势引流

常无效。还有10%的病人因反射性喉痉挛而窒息，并无水吸入气管和肺。排水作用不大，不能因强调排水而耽误其他抢救措施。那么抢救溺水患者首先做什么好呢？首先要清除口鼻中泥沙污物，将舌拉出，保持呼吸道通畅。如果患者从水中救出后有心跳和呼吸，可以让患者俯卧、头放低、腹部垫高，压其背部排出肺胃中积水（图74）。但不要费太多时间和精力放在排水上。如果患者从水中救出后心跳呼吸都停止了，应立即进行胸外心脏按压和人工呼吸（图75）。

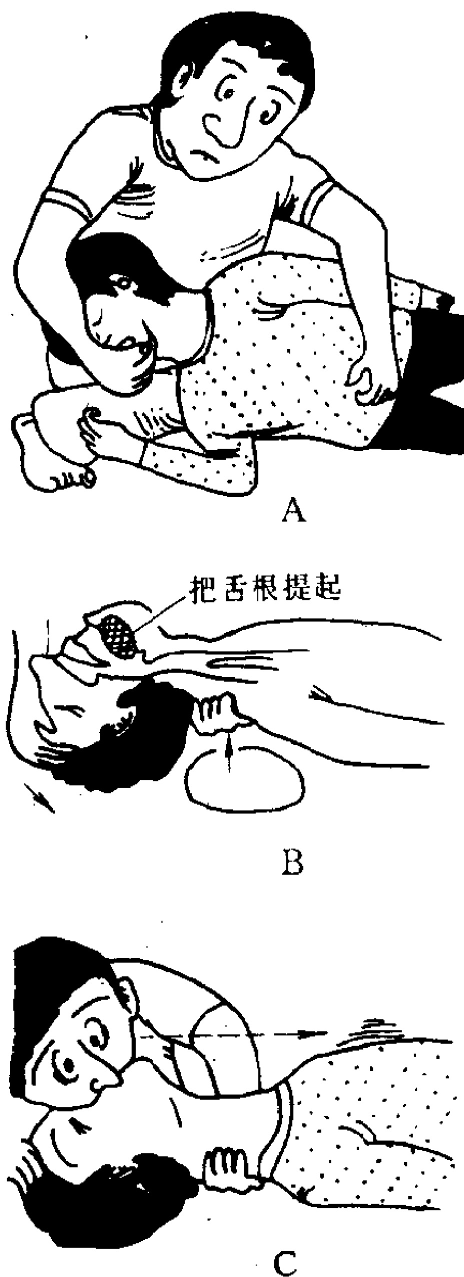


图75　溺水时口对口人工呼吸法
A. 脸向一侧把水吐出；
B. 仰卧，头向后仰，确保呼吸道畅通；
C. 口对口人工呼吸

危重病人要一边就地抢救，一边呼叫救护车和急救中心，以便将患者送往医院进行高级心肺复苏。如使用气管插管、呼吸机通气；对有明显贫血和溶血者，应输红细胞或全血；检查血中钾、钠、氯离子情况，做相应治疗。还要使用抗菌素防治肺部感染。

应该记住的是淡水淹溺和海水淹溺因发病机制不同，抢救中有很大差别。淡水淹溺时由于大量水进入血液，红细胞被破坏，引起血钾离子升高。钾离子可诱发心室纤颤，这是十分危

险的。所以要千方百计纠正高血钾，治疗室颤。而海水淹溺时，血液中水分渗入肺泡内，因而发生肺水肿。这也是很危险的，要采取相应的强心、利尿措施。

六、狂犬病

人被疯狗咬伤易患狂犬病。狂犬病是一种叫狂犬病毒引起的疾病，该病毒在疯狗咬伤或抓伤人的皮肤粘膜时进入人体，侵犯中枢神经系统。

感染狂犬病毒的人，开始发热、头痛、伤口麻木，以后表现为高度兴奋，对流水声特别敏感，一听到水声马上喉头痉挛，严重者肌体肌肉瘫痪，瞳孔散大，血压下降，甚至死亡。因此，有人曾经把狂犬病叫做“恐水病”。

由于疯狗咬伤的部位深浅不同，伤口大小差异，病毒进入体内后的潜伏期可有不同，一般为 10 天到 12 个月，也有长达 10 年以上才发病的。

一旦被疯狗咬伤，应迅速处理伤口。一般先挤压伤口周围使伤口出血，再用 20%肥皂水清洗，或者用清水冲洗伤口。反复清洗后，涂上 70%酒精。一定要把较深伤口内的污物和毒血冲洗干净，让伤口敞开，三日内不包扎、不缝合。也可以采用中医拔火罐的方法，在咬伤局部拔罐，把毒血拔出。

被狗咬伤后，不管狗是不是疯狗，都要立即注射狂犬疫苗，每天一次，连续注射 14 天为一疗程。如果肯定是疯狗或怀疑是疯狗，咬伤后 48 小时内注射精制抗狂犬病血清，用量是每千克体重 0.5 毫升，特别严重者可适当增加用量。在咬伤后三天内分数次肌肉注射完。

防治狂犬病的关键是预防为主，限制养犬是防治狂犬病的根本措施。应该大力宣传非法养犬给本人及社会带来的危害。加强对养犬的管理。养犬户必须到有关单位登记，定期为狗注射

疫苗。

对患病的疯狗要及时识别。疯狗的特症是不想吃食、表情淡漠，行动迟缓，有时向天空尖叫。眼睛充血，尾巴低垂，咬人后就逃。对病犬要及早捕获，隔离观察。捕杀的狂犬严禁食用，要深埋或焚烧。

七、毒蛇咬伤

毒蛇咬伤在我国南方山区和农村相当多见。毒蛇唇腭上有一对分泌毒液的腺体，蛇咬时毒液由腺体排出，沿着毒牙上的小管或沟进入伤口内，通过人体淋巴液吸收并扩散至全身，引起中毒反应，严重时可以死亡。

毒蛇咬伤后发病轻重与很多因素有关，蛇越大，咬伤越深，毒素量也越多，病情危重。如果毒素大量直接进入血液，短时间内就可使人死亡。儿童和体格瘦小的人被毒蛇咬伤后反应较重。毒液所含毒素性质不同也与病的轻重有关。神经毒素所引起的局部反应常不显著，疼痛多在半小时内减轻或消失，但不久即发生麻木，恶心呕吐，疲乏无力，头沉低垂，眼睑下垂，视力模糊，呼吸困难，步态不稳，说话不清楚，最后全身瘫痪、惊厥、大小便失禁，心力衰竭或窒息死亡。血毒素所引起的局部反应多十分显著，咬伤处疼痛、肿胀，皮肤青紫并有瘀斑、水泡。全身反应有头昏、恶心、发热谵妄、全身出血，最后心力衰竭或休克死亡。

抢救毒蛇咬伤要分秒必争。其主要办法如下：

（1）防止毒素扩散。毒蛇咬伤后不要惊慌奔跑，免得增加毒素扩散。应保持镇静，制动伤肢。用手帕或绳、带在伤口近心端 3 厘米处结扎，也是防止毒素扩散的方法。结扎时注意每半小时放松（1～2）分钟。伤口周围放冰袋，可以减少毒素吸收的速度，同时降低毒素内酶的活力。

（2）排出伤口内毒液。可用1＋5000高锰酸钾液、3％过氧化氢液冲洗伤口。也可用吸乳器或拔火罐吸出毒液。紧急时可用口吸，但一定注意嘴唇或口腔粘膜有破伤时不可用此法。

（3）中和毒素。抗毒血清能明显降低死亡率。用抗毒血清前先做皮肤过敏试验，防止发生过敏。

（4）中医疗法。祖国医学中有极丰富的治疗毒蛇咬伤经验。常用中成药有季德胜蛇药。此药可内服也可敷于伤口，具有解毒、消炎、止血的作用。中药半边莲也是治疗毒蛇咬伤的良药。俗话说："家有半边莲，可以伴蛇眠"。此药显著利尿、消肿、兴奋呼吸、止血、解毒。

（5）一般支持治疗。吸氧和输液，使用抗生素防止感染，采用综合治疗措施使患者平安。

八、破伤风

某工人在施工现场不幸被地上的一个锈钉子扎伤脚，出血不多，也就没在意。可是到伤后第7天感到乏力、头晕、张口困难、肌肉紧张。（1～2）天后，任何轻微的刺激，如声、光、触动等均可诱发强烈的发作性痉挛和抽搐。由于面部肌肉收缩，呈苦笑面容。抽搐时头向后仰，腹背肌收缩形成角弓反张。咽喉部肌肉痉挛造成吞咽和呼吸困难，以至呼吸停止病人死亡。可曾想到，这一派惨痛情景竟是由一个生锈的小钉子刺伤皮肤所致。这种病就是医学上的"破伤风"。

破伤风是由破伤风杆菌侵入人体伤口后，生长繁殖，产生毒素，所引起的一种急性特异性感染。当伤口窄而深、缺血、坏死组织多、引流不畅时破伤风便容易发生。泥土内含有的氯化钙能促进组织坏死，有利于厌氧菌繁殖，所以带有泥土的锈钉或木刺最容易发生破伤风。破伤风也见于新生儿未经严格消毒的脐带残端、消毒不严的人工流产及一切开放性损伤，如烧伤、

开放性骨折、枪伤等。新生儿破伤风一般在断脐后 7 日左右发病，所以老百姓叫“七日风”，死亡率很高。

破伤风是一种极为严重的疾病，要采取积极措施进行综合治疗如下：

(1) 正确处理伤口。拔出刺入皮肤的锈钉或木刺后，立即挤压伤口周围，使血水流出来。伤口周围用碘酒、酒精消毒，伤口可用 3%过氧化氢或 1%高锰酸钾溶液多次冲洗。必要时扩大伤口，充分引流。即使伤口不深，但污染重，有皮片覆盖时，也必须做好清创，敞开伤口。经过正确处理伤口，消除毒素来源。

(2) 中和游离的毒素。伤后 24 小时内，皮下或肌肉注射破伤风抗毒血清 1500 国际单位，以中和游离的破伤风毒素。注射前要做皮肤过敏试验，皮试阳性者采用脱敏法注射。

(3) 控制和解除痉挛。病人应居住单间病室，环境应尽量安静，防止光、声刺激。可根据病情使用镇静剂和安眠药物。这些药物尽量由静脉注射或口服，避免反复肌肉注射刺激病人，诱导抽搐发作。

(4) 防治并发症。因患者不能进食，一定要保证能量需要，注意水、电解质和酸碱平衡。

破伤风是可以预防的，最可靠方法是注射破伤风类毒素。通过类毒素的注射，使人体产生抗体，中和进入体内的破伤风毒素，不致发病。此外，加强劳动保护，普及新法接生，也都是十分重要的预防措施。

九、猫抓热

近年来随着宠物热的兴起，养猫的人家越来越多。在优厚的物质生活条件下，仍有不少老人和独生子女存在着孤独的心态，养猫逗狗成为一种有益的心理补偿。但是猫与某些病的传播有很大关系。被猫抓伤后还可引起一种病，叫猫抓病或猫

抓热。

猫抓热的表现是：被猫抓伤部位皮肤发红、发紫，严重时化脓、溃烂。被猫抓伤后还可有头痛发热、全身不适，局部或全身淋巴结肿大。值得注意的是，淋巴结肿大多在抓伤后1～2周才发生，不要以为被猫抓伤后1～2天没事就可以高枕无忧了。

也有的人被猫抓伤后会出现一过性皮疹，伴恶寒发热、食欲不振、全身淋巴结肿大和脾肿大，这时一定要到医院看病，医生会根据病史、疾病特点和必要检查做出诊断，进行有效治疗。

猫抓病的病因尚未肯定，一般认为是一种病毒，这种病毒从被猫抓伤的皮肤破损处进入人体。

猫抓热及时治疗一般均可治愈。被猫抓伤后尽快将损伤皮肤消毒清洗。在家庭中可在凉开水内加些食盐，反复冲洗伤口数次，再用2%碘酒消毒。也可把碘伏搽于伤口上，一天搽药(2～3)次。在治疗局部伤口同时，口服些抗菌药物，如四环素、红霉素、利福平等，以促进伤口愈合，预防和治疗感染。

十、蝎子螯伤

蝎子体内有毒腺，当其用尾部刺入人体时毒液注入人体组织。这种毒液由含有多种元素的毒性蛋白组成，对人的呼吸中枢有麻痹作用，对心脏、血管、膀胱、小肠、骨骼肌有兴奋作用。

当人被蝎子螯伤后，局部灼痛、红肿、麻木及出血。全身反应为头痛、流涎、畏光、全身过敏、恶心、呕吐。严重者昏迷、大汗、体温下降、心跳缓慢、尿少、舌和周身肌肉强直、抽搐、急性肺水肿、喉头痉挛、呼吸中枢麻痹而死亡。由此看来，不应把蝎子螯伤当成小事一桩，一旦被蝎子螯伤要做紧急治疗：

(1) 立即拔出毒刺。

(2) 局部冷敷，减少毒液吸收。

(3)重伤者应切开伤口并用5%苏打水、3%氨水或1+5000高锰酸钾液冲洗伤口。也可用吸吮器或拔火罐把毒液吸出。紧急时也可用嘴吸吮。

(4) 伤口周围用0.25%的普鲁卡因作环形封闭以减轻痛疼。有条件者可注射抗蝎毒血清。

(5) 抽搐发作时可用10%水合氯醛（10～20）毫升灌肠。

(6)急性肺水肿者可用西地兰0.4毫克加入25%葡萄糖20毫升缓慢静脉注射，并用速尿20毫克肌肉注射或入静脉滴点小壶。

(7) 呼吸麻痹时应做气管插管接呼吸机人工通气。

(8) 有些病人胃肠道出血，这时可用立止血肌肉或静脉注射，也可用维生素K_3肌肉注射。

十一、毒蜂螫伤

一般人认为被蜂螫一下没什么了不起。其实被蜂螫伤有时会引起严重后果。蜂毒进入血液可能发生过敏性休克，以致死亡。

人被毒蜂螫伤后，局部出现红肿、刺痛，极少数还会出现局部水疱、瘀血和组织坏死。过敏体质的人被毒蜂螫伤后出现荨麻疹，即皮肤上有不规则形状的疹子，多高出皮面，周边发红，消失得快，再发生也快，局部有痒感。这类病人还可有口舌麻木、恶心、呕吐、气喘、打喷嚏、口唇及眼睑水肿，严重时血压降低以至休克。

被蜂群螫伤多处时症状就更加严重了。患者头晕、畏寒、发热、呼吸及吞咽困难，有时黄疸、肝脏损害、血红蛋白尿、尿少、尿闭等急性肾功能不全的表现。危重时在被蜂群螫伤后1小时内死亡。

被毒蜂螫伤后立即拔出毒刺，局部用肥皂水、3%氨水或(5～10)%碳酸氢钠溶液清洗。也可用拔火罐将毒液拔出。紧急时用嘴反复吸吮，排除毒素。螫伤局部可用冰袋冷敷。

过敏病人皮下注射0.1%肾上腺素1毫升或肌肉注射非那更1毫升，过敏严重者静脉注射地塞米松。对于急性肾功能衰竭者可用利尿合剂加入葡萄糖液中静脉滴注，有条件医院可做血液透析。注意保证呼吸道通畅，必要时人工呼吸。

十二、急性腰扭伤（闪腰）

急性腰扭伤俗称“闪腰”。多见于平时缺乏活动、不爱运动的青壮年。发病原因是由于腰部过度的前屈、后伸、扭转，弯腰超过了腰部正常的活动范围。这种病发作可能仅仅是因为把略有些重的东西往上提举,或仅仅是因为洗脸时向前弯腰一瞬。一旦发病，腰痛剧烈难忍，甚至动弹不得。腰部不能挺直，俯仰屈伸、转侧起坐均感困难。腰肌有明显痉挛，深呼吸和咳嗽加重疼痛。病人常用手扶腰，严重时不能站立。腰痛有明显局限性，医生检查时有明显压痛点。根据压痛点位置判断病损部位。如压痛点在腰骶关节、第三腰椎横突和髂嵴后部，为急性腰肌筋膜扭伤；压痛点在棘突和棘突间，为急性腰部韧带损伤；压痛点在棘突和棘突旁相应小关节区，为滑膜嵌顿伤。

急性腰扭伤，最重要的治疗措施是静养。患者仰卧于硬板床上，腰部可以垫枕，以便疏松韧带，休息时间长短根据病情需要，听从医生指教。卧床静养时，局部可做冷敷。

中医治疗急性腰肌扭伤有很多有效方法。如体针疗法、耳针疗法、梅花针疗法、推拿按摩疗法等。

腰部急性扭伤治好后要经常做体操、锻炼腰部肌肉和关节。从事搬运、建筑、家务活动时，拿重东西一定要弯膝，不要只让腰部用力气，以防止闪腰。

十三、跟腱断裂和踝关节扭伤

跟腱断裂和踝关节扭伤是脚部常见的运动性损伤。

在走路、跑步时，跟腱起很重要作用。一旦跟腱断裂就会寸步难行。这种情况常常发生在田径运动员百米冲刺时或准备活动不充分参加长跑、打网球时。跟腱又称 Achlles 腱。传说中有一位英雄名字叫 Achlles，因为洗礼时没洗到脚跟上部的跟腱，被敌人用箭将此处穿透了。后来人们就把跟腱损伤叫做 Achlles 腱损伤。

跟腱断裂马上痛得不能动，这时要做好现场救护。首先让患者俯卧，脚伸直与地面平行，千万不能让脚弯曲。用木板或硬纸板作夹板固定。固定范围从大腿到脚尖。固定好后，送医院做手术。

平时穿高跟鞋的人，由于腓肠肌经常处于紧张状态，肌肉很难伸长，就很容易造成跟腱断裂，运动跑步时切忌勿穿高跟鞋。

踝关节扭伤就是通常说的“脚脖子扭伤”，“歪了脚”。这种病常发生在上下台阶或在不平路上行走奔跑时，突然足内翻，引起踝外侧韧带损伤。踝关节肿痛，行走困难，重者不能站立。外踝处皮肤瘀血青紫，踝内翻时疼痛加剧，踝外翻时疼痛减轻或消失。往往发生踝关节扭伤后很容易再犯，走路一不小心又引起踝关节扭伤，成为习惯性踝关节扭伤。

踝关节扭伤的正确处理方法是：

(1) 早期局部冷敷。注意是冷敷而不是热敷。这是因为踝关节扭伤是关节过度扭曲超过了正常活动范围，造成局部软组织损伤，伴毛细血管破裂。用热敷可使破损的毛细血管再扩张，出血量增多，瘀肿加重。同样道理，踝关节扭伤早期也不宜用酒精揉搓，不宜用活血化瘀药。冰敷可以使血管收缩，又可以

止痛。

(2) 用弹性绷带将脚固定在外翻位，每周换一次。可以行走，伤后几天少活动，逐渐增加活动量，做到动静结合。

(3) 中、晚期可以热敷消肿。一般受伤后经过 24 小时才可以热敷、理疗、按摩、服活血化瘀中药。

(4) 关节肿胀明显，要请医生检查，拍 X 光片，判定有无骨折。若无骨折，而水肿明显可用 (1～2)%硫酸镁溶液（水温在 50℃左右）洗泡，每日 (2～3) 次。

十四、地震中的自救与互救

当今世界人类面对四大问题：人口急剧膨胀、自然资源短缺、环境污染和自然灾害不断发生。地震就是诸多自然灾害中对人们生命财产威胁最大的一种。

我国幅员辽阔，地层构造复杂，发生地震的几率也较高，因此了解地震发生中应急的方法和自救互救措施，减少生命财产损失，普及有关地震的知识，十分必要。

首先地震发生时不要惊慌，不要大声呼喊。因为惊慌往往失去正确的判断和逃生的办法；地震同时往往有火灾发生，大声呼叫和奔跑可能加重烧伤，特别是发生严重的呼吸道烧伤。

地震中要尽可能逃离大房间、大客厅，躲避到小开间的洗手间、贮存间、厨房、楼道走廊等处。地震发生时，来不及逃到安全地方者可以暂时躲在建筑物的内墙墙角处。不可以逃避到外墙墙角和阳台上。应急时可躲在桌子下、床下，伺机逃离。平房住宅，要赶紧逃到屋外空地上，楼房住宅不要随便乘电梯逃离，地震中随时可能发生停电，那无异于自投“囚笼”。住高层建筑者千万不要急不择路，从楼上跳下。一般从楼梯逃生时要注意保护头部以免被瓦块砸伤。

如果不幸被地震埋入废墟中，尽可能加固身体周围的支持

物，防止挤压伤并设法以敲击声和喊声求救。

为了有秩序转运伤员，现场检伤分类十分重要。一般以红、黄、蓝、黑四种颜色代表不同病情。红色表示伤员生命危险，黄色表示伤员病重，蓝色表示病轻，黑色表示死亡。将这四种不同颜色做成的标记贴在或绑在伤员身上，以利于现场急救和转运。

地震时明显的外伤比较容易发现，从而得到救治。但是要十分留心挤压伤的发生。地震发生时伤员的大腿、臀部、腰部等肌肉丰富的地方遭到长期挤压后，当时可能仅有麻木感，外表上看伤势并不重，但当解除压力后伤部边缘出现红斑，邻近健康组织皮肤出现水泡，于是伤肢极度肿胀。肿胀的组织引起血液循环障碍，导致缺血缺氧，加重肌细胞破坏，细胞破坏后释放出大量有毒物质，这些有毒物质进入全身血液循环，可发生休克和急性肾功能衰竭，严重时死亡。

所以在地震发生时，凡被倒塌的建筑物埋压时间在 1 小时以上者，都要细心观察伤情和有否尿量减少或无尿现象，警惕挤压综合症。现场急救时尽早解除挤压，把伤肢用夹板固定。伤肢不应抬高，也不应热敷、按摩。如有无尿或少尿等情况发生，赶快送医院做透析等治疗。

十五、颅脑损伤

根据有关统计，因交通事故而引起死亡的病例有 2/3 是由于颅脑损伤，而且（60～70）%死于伤后 24 小时内。这足以引起人们的重视。

引起颅脑损伤的外力有两类。一类是直接外力，如静止的头部被一运动着的物体所撞击，或是运动着的头部突然被一静止的物体所阻住。另一类是间接外力，常见的是外力作用于足或臀部，经脊柱的传递而引起颅底骨折和脑损伤。

在直接或间接的外力作用下，可以引起软组织（头皮）等

损伤、颅骨损伤（骨折）、颅内组织损伤。

车祸发生后，首先尽快检查头部有无外伤，观察受伤者意识是否有变化。意识完全丧失，可能有颅内出血或脑挫伤。有的患者受伤后当时有短暂意识障碍，然后又有一段时间意识完全清醒，可是经过一段时间（一般在24小时内）患者的意识逐渐消失。医学上叫“中间清醒期”，这一现象是诊断硬膜外血肿的重要依据。因此要记住，受伤后的病人，既使开始找不到外伤，开始意识清醒，也不要麻痹大意，如果发现患者逐渐意识模糊、恶心，说明一定潜在着很大的危险，要赶紧送往医院。

头部外伤后，如果鼻子、耳朵滴滴拉拉地流出淡红色液体，往往表明有颅底骨折，这流出的淡红色液体就是脑脊液，病人很危险。

在对脑外伤的概况有初步了解后，非常重要的是现场采取何种急救措施才能使受伤者得到有效的治疗。

（1）取昏睡体位。即让患者侧卧，头向后仰，保证呼吸道畅通。受伤部位朝下。

（2）头皮出血时用纱布等干净物品（手绢、头巾、三角巾）直接压迫止血。

（3）脑脊液顺鼻孔、耳孔流出时不能用棉花、纱布填塞鼻腔或外耳道，防止颅内感染。

（4）避免事故发生后随意搬动患者，摇晃呼叫患者。

（5）患者处于休克状态时要积极抗休克治疗，保暖、输液、输血。

（6）开放性头皮损伤或颅骨骨折时，应在局麻下施行彻底的清创术。

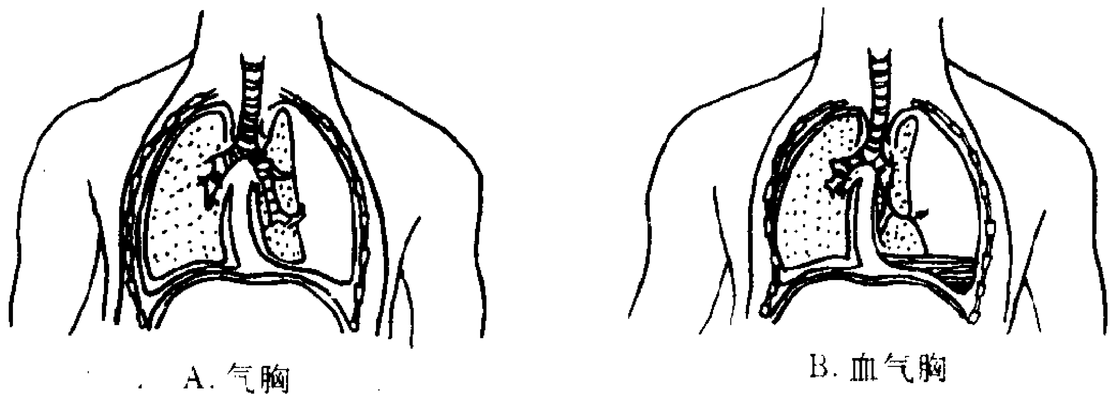
（7）受伤者烦躁不安时，可给适量的镇静剂，最好用冬眠药物。尤其是严重颅脑损伤患者，提倡用冬眠低温治疗。

(8) 手术治疗。对于有明显中间清醒期患者立即手术的适应证是肯定的。对于没有明显中间清醒期、一直昏迷或半昏迷的患者，如果昏迷程度逐渐加重，脉搏进行性变慢，血压进行性增高，也力争手术探查。

十六、胸部外伤

胸部的结构很复杂，它是由胸椎、胸骨、肋骨、肋间组织组成，外有胸壁和肩部肌肉，内有胸膜，医学上把这种结构称为胸廓。胸廓像屏障一样保护着它内部的重要生命器官——心、肺、大血管、食管、胸导管等。

在车祸、地震以及其他外力作用下容易发生胸部损伤。胸部损伤可分为闭合性损伤和开放性损伤两大类。闭合性损伤中，以肋骨骨折最为常见。人体共有 12 对肋骨，最容易发生骨折的是第 4 肋骨到第 9 肋骨，这是由于解剖上的原因。当肋骨受到直接外力作用时，骨折点往往是外力作用点，这时骨折断向体内移位，骨折断端可以刺破肺胸膜，引起咳嗽、咳血、呼吸困难。骨折断端刺破血管造成气胸、血气胸（图 76）、皮下气肿（图 77）、纵膈气肿（图 78）。当肋骨受间接外力作用时，如房屋倒塌胸部受到挤压，这时骨折断端常向体外方向移位，一般不会损伤胸腔脏器。多发性肋骨骨折形成梿枷胸。



A. 气胸　　B. 血气胸

图 76　气胸及血气胸

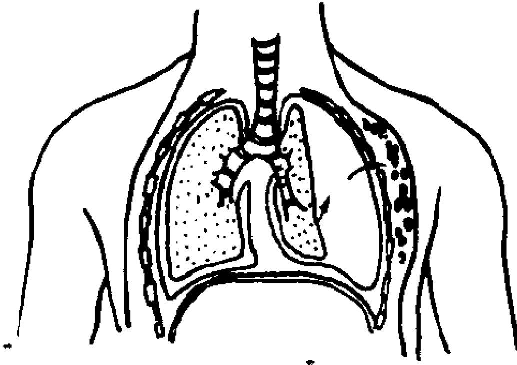


图 77　皮下气肿

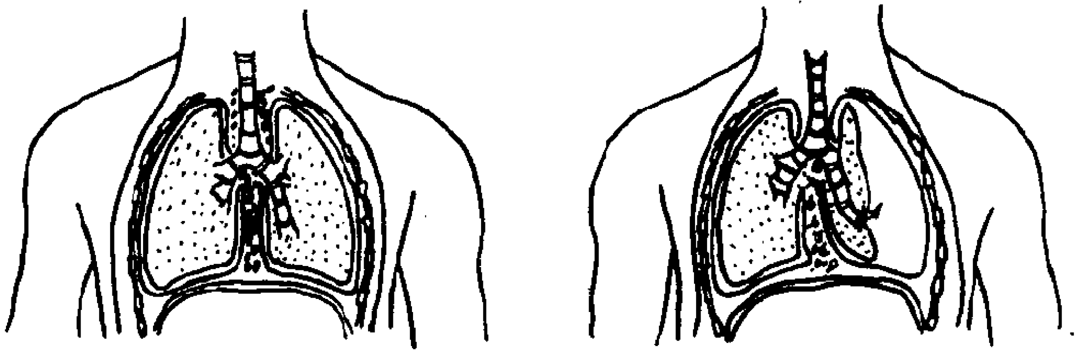


图 78　纵隔气肿

胸部开放性损伤无论日常生活中或战争时均可发生。剪刀、匕首、枪弹伤等刺破胸膜，使胸膜腔与外界直接相通，空气随着呼吸运动自由进出胸膜腔，使伤侧肺受压萎陷，医学上称这种病变为“开放性气胸”。开放性气胸是十分危险的，它可以造成心脏、大血管及气管的左右摆动，刺激肺门神经丛引起休克。由于心脏及大血管的左右摆动，大血管扭曲，胸膜腔失去负压作用等原因，人体静脉血液回流发生障碍。

肋骨骨折和开放性气胸的诊断并不困难。二者均有明显外伤史。肋骨骨折时，骨折部位剧痛，深吸气、咳嗽、转动体位均可使疼痛加重。因病人不敢咳嗽、咯痰，致使呼吸道分泌物潴留支气管引起肺不张和肺内感染。骨折端刺破胸膜引起气胸、血胸、呼吸困难、紫绀、休克等症状。检查伤病员时可以发现

胸壁软组织肿胀、瘀血斑，细心按压骨折部位可能听到骨擦音，即断骨端的磨擦声。病人脸色苍白、脉快而弱、血压下降。开放性气胸主要表现为呼吸困难、缺氧紫绀，病人面色苍白，四肢厥冷，气管可有明显移位（移向健侧），胸壁皮肤出现皮下气肿，压之有握雪感，随着患者呼吸动作可听到进出胸膜腔的“嘶嘶”声音。

胸部外伤的现场急救非常重要。肋骨骨折时，可用宽胶布固定止痛一般准备宽（5～7）厘米的胶布（4～5）条，在病人深呼气之末，由后向前、自下而上粘贴在伤处。胶布长度要求超过前正中线（通过胸骨正中的垂线）和后正中线（通过脊柱正中的垂线）(3～5)厘米。每条胶布上下重迭（2～3）厘米。也可用三角巾固定，在患部上中下用三个三角巾固定，在对侧打结，结下垫毛巾（图79）。如果肋骨骨折是多发的，形成梿枷胸（图80），出现反常的呼吸运动（图81）时，应将

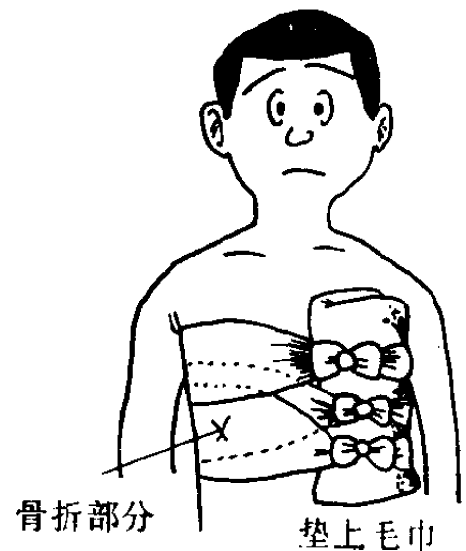


图 79　肋骨骨折的固定



图 80　梿枷胸卧位

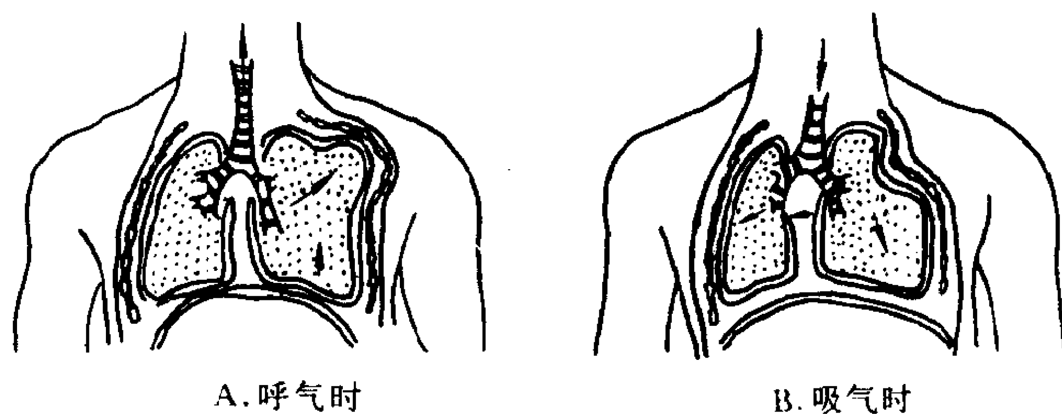


图 81　胸壁反常呼吸运动

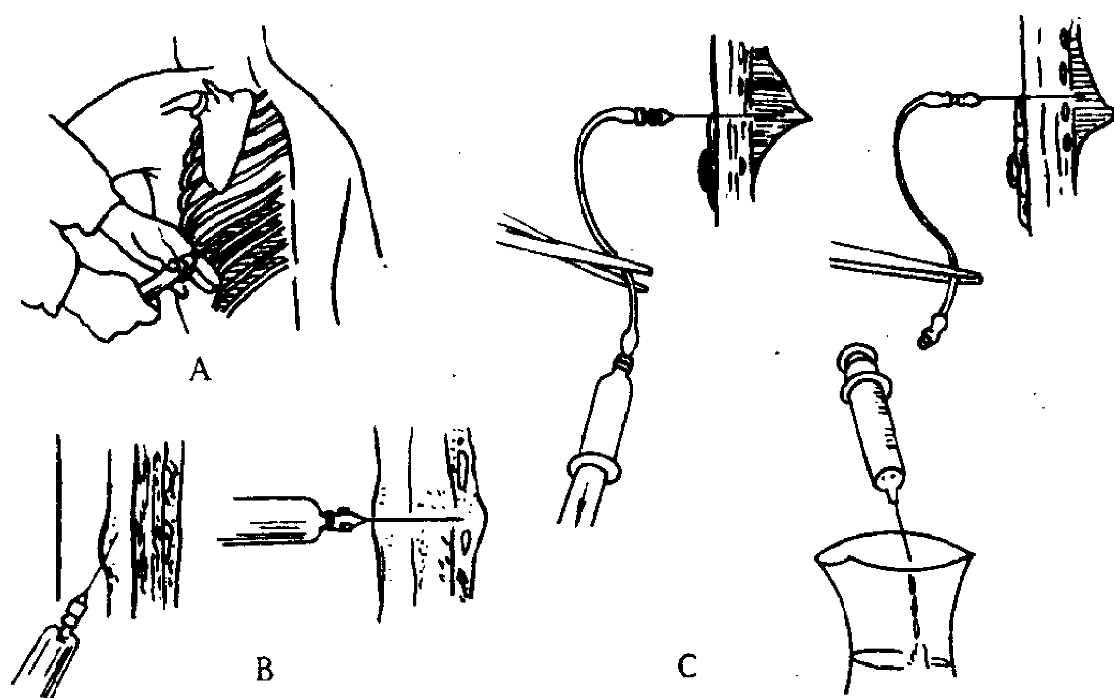


图 82　胸腔穿刺术

A. 在肋骨上缘的浊音界下穿刺；B. 麻醉；C. 抽液

大块敷料或棉垫、衣服铺在骨折部位，然后用绷带包扎，迅速送往医院。对于开放性气胸，首先用大块多层无菌凡士林纱布封闭伤口，外加棉垫，再用绷带包扎，把开放性气胸变为闭合性气胸。急救现场无灭菌敷料时也可用多层布料、防雨布等物品敷盖，当然这些物品力求干净。病人出现呼吸困难时，可紧

急抽气减压。方法是：在受伤侧锁骨中线第二肋间以粗针头穿刺，用注射器抽气。如图 82 和图 83 所示。整个操作过程中要注意局部消毒，抽气过程中注意病人面色和脉搏、血压。当做这些现场急救同时呼叫救护车，急送医院进一步检查治疗。

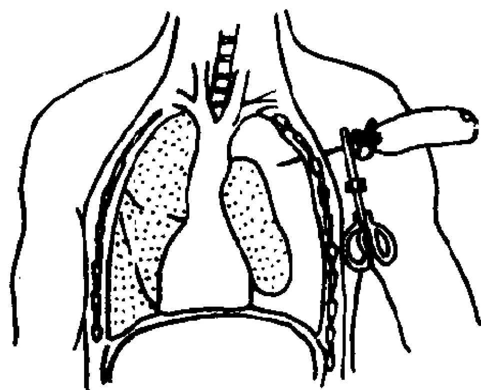


图 83 张力性气胸紧急排气法

十七、四肢骨折

四肢骨折在日常生活中经常发生，尤其是老年人由于体弱无力，步履蹒跚，加上耳背眼花，反应迟钝，在行走和过马路时一不小心就会发生跌撞伤。即使在室内，因装修地板滑或地板上有水也可能将老人摔倒在地，造成骨折。

四肢骨折中最常见两种：桡骨下端骨折与股骨颈骨折。

桡骨下端骨折戏称“银叉畸形”、“餐叉手”。引起骨折原因是由于摔倒时手掌呈跌扑状着地（这可能是人的一种反射性保护机能）。此时身体重量和惯性力由上而下集中在前臂下方，同时手掌着地后的反作用力由下向上集中在桡骨下端的一点上，当外力过大超过骨质的耐受度时，就发生了桡骨下端骨折。骨折发生后，局部呈叉背畸形，所以人们形容这种骨折叫“餐叉手”。

股骨颈骨折多发生在 50 岁以上老年人。由于老年人骨质疏松，股骨颈更为脆弱，因此稍稍受伤即可引起骨折。比如走路时地上稍不平坦或上下台阶均有可能发生股骨颈骨折。

股骨颈骨折时，患肢足常呈外展状态。有些股骨颈骨折病人疼痛并不明显，骨折发生后自己能慢慢行走。因此，这类骨折病人容易误诊。

对于四肢骨折病人现场急救。首先要注意病人的全身状况如何，如病人有无烦躁或萎靡等休克症状，呼吸、心跳是否正常。如果病人有休克，就要进行抗休克治疗；如果病人心跳、呼吸停止，应立即进行心脏按压和人工呼吸。还应检查身体其他部位有没有外伤，同时合并脑外伤的病人往往发生神志昏迷，应保持呼吸道通畅，防止异物吸入。

其次重视对受伤肢体的处理。对开放性骨折要充分暴露伤口，不要将外露骨头急忙送回伤口内。因外露骨头多有污染。正确的方法是用消毒物品简易包扎止血，尽快送往医院进行清创复位手术。止血包扎最好用消毒纱布，一般家庭内紧急处置时也可用清洁毛巾、卫生纸等临时包扎止血。

在送往医院时必须做适当的患肢固定。固定方法多种多样，（图 84 至图 90），防止转运途中骨折端刺破血管加重出血，或刺伤神经加重疼痛。作为临时固定，就地取材，用木板、木棍、树枝等均可。固定部位应超过骨折部位的上下两个关节。一时找不到合适的材料，上肢骨折固定可将患肢固定在胸壁上，下肢骨折固定，可固定在健肢上。

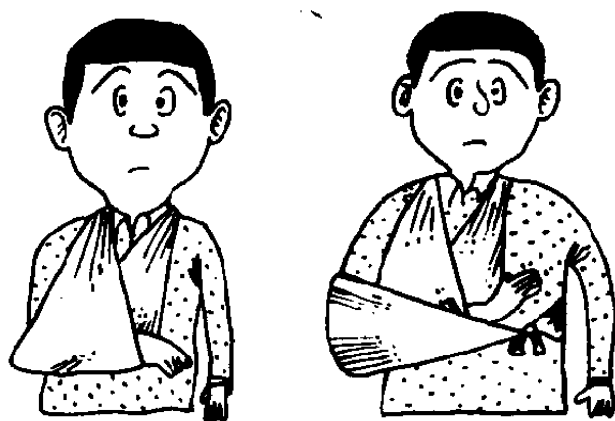


图 84　锁骨骨折

先用三角巾吊起再用一个三角巾把上臂固定在胸部

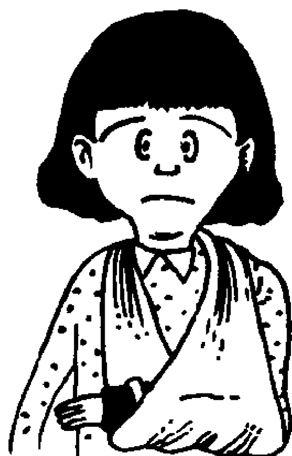


图 85　手腕前臂骨折
用夹板固定骨折部，
用三角巾吊起，指尖要比肘高

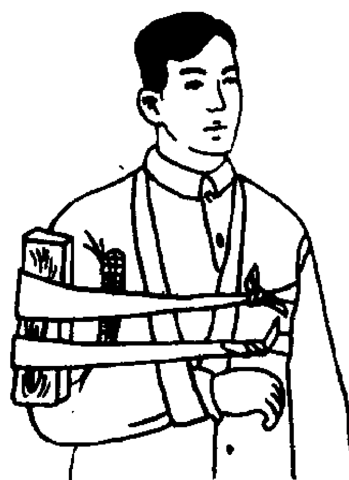
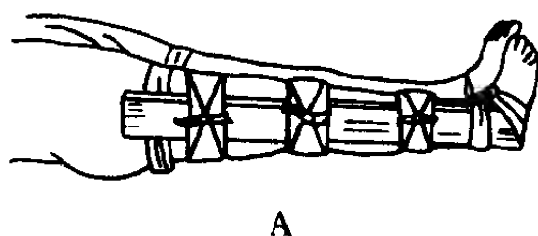
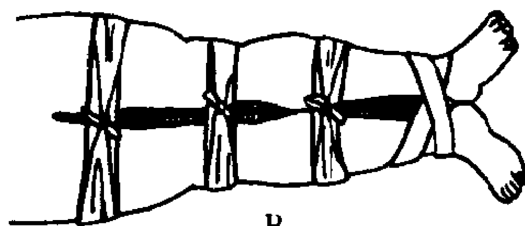


图 86　上臂骨折的固定
骨折上下固定夹板，前臂弯曲
三角巾（或绷带）吊起，另一个三角巾
（或绷带）把上臂固定在胸壁



A



B

图 87　小腿骨折的固定

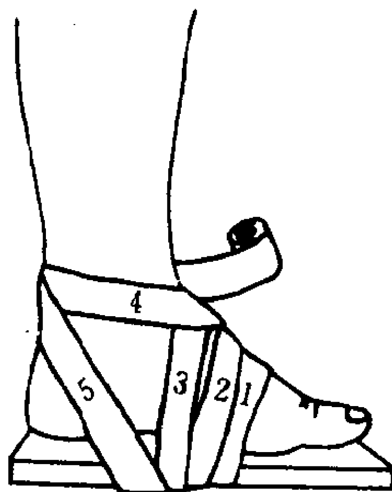


图 88　足部骨折的固定



图 89　踝骨骨折固定
剪开袜子用坐垫或浴巾作夹板

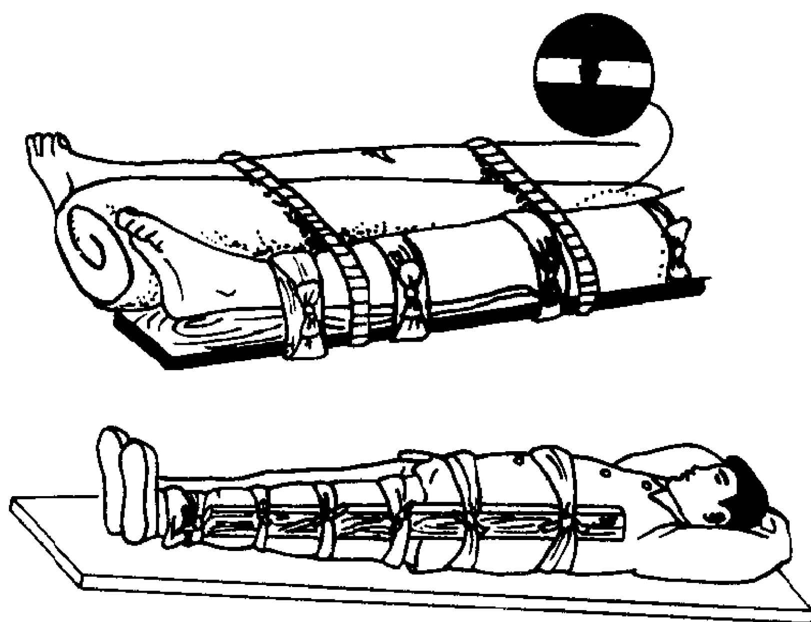


图 90　大腿骨折的固定

夹板放到大腿根部两腿间放毛毯可以固定最好夹板从胁部固定到下肢

转运途中应密切观察患者伤情。用止血带者，每（1～1.5）小时放松一次，每次（3～5）分钟。放松期间以局部加压来减少出血。如加压后无活动性出血可不再用止血带。怀疑有脊柱骨折的伤员，搬运时应特别注意保持脊柱平直，放在木板或担架上抬送。

十八、颈部骨折

在骨折中特别要注意颈部骨折的处理。这是因为颈部是人体头部与躯干联结的通道，颈总动脉、颈内动脉以及与动脉伴行的颈内静脉、颈外静脉通过此处，颈部神经、副神经、迷走神经、喉返神经、膈神经和交感神经节链也通过此处，此外气管和食道组织也通过此处。颈部真可谓人体重要的“交通要道”。因此，当发生车祸事故，人从高处坠落、跳水误入浅水池时所造成的颈椎骨折本身是相当严重的损伤，然而如果对颈部骨折处理不当可造成更严重的损伤，无疑于雪上加霜。

医学上有一条禁令：颈椎骨折时不要随意搬动病人！如果粗暴地搬动病人，骨折端会刺伤颈部的大血管和神经。刺伤血管会造成大出血，发生失血性休克。刺伤神经，会引起颈以下完全麻痹，称为“高位截瘫”。有时会因此而使呼吸停止。通过颈部的各类神经如同电缆一样把大脑的命令传达全身，又把全身的感觉传向大脑，使人体完成复杂的机能。切断“电缆”，人体机器就会瘫痪。

发生颈椎骨折时，现场急救应按以下操作进行。

（1）对于受伤躺倒在地的人，要仔细观察颈部有否骨折。有颈部骨折时不要随意搬动病人。等有经验的急救人员指导搬运。

（2）搬运病人时尽量集中较多的人，分工合作，协同动作。如一人固定头部保持牵引状态，一人托背，一人托臀部，一人托下肢，用口令统一行动，使受伤者轻轻滑到担架上（图 91）。

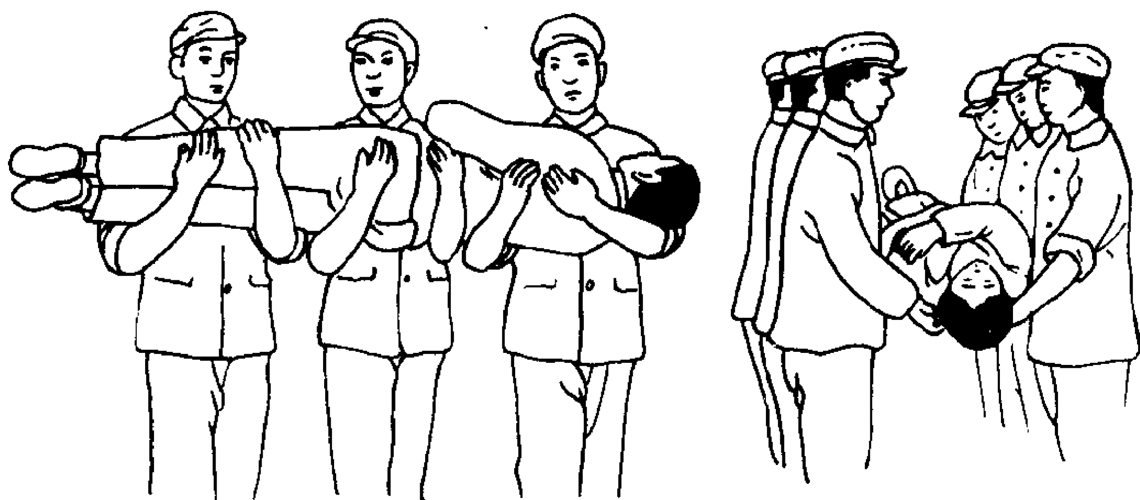


图 91　多人搬运法

（3）为了防止颈部活动，用毛巾、毛毯等放到头周围，或用砖、石头等把头固定好（图 92）。

（4）如患者伤情严重，发现时已意识丧失，呼吸停止，需做人工呼吸。为了保持呼吸道通畅要采用举颌法，见图 3（c），



图 92　颈椎骨折时固定法

颈椎骨折时不要向后仰头而要把下颌向前拉

千万不能让头部扭动和颈部弯曲。

保证呼吸道通畅，正确搬运病人，尽快护送至医院进行急救治疗，这是颈部骨折病人转危为安的关键措施。

第四章　急性中毒的救治

一、煤气中毒

急性煤气中毒是日常生活中多发的灾难事故之一。煤气化学名称为一氧化碳，是含碳物质燃烧不完全的产物。特别在燃煤取暖和做饭的家庭，如煤炉不安烟囱或烟囱不通、漏气、倒风，门窗紧闭时容易发生煤气中毒。

一氧化碳是无色、无嗅、无味的气体，相对密度 0.967，比空气略轻。正因为此，一氧化碳中毒往往具有隐袭性，不知不觉中就受到侵袭。一氧化碳中毒又往往一家子或居住在同一室内的人同时发病，所以又具有群体性。一氧化碳被称为无形的杀手。

一氧化碳被吸入肺后进入血液，与血液中的血红蛋白结合，形成碳氧血红蛋白。一氧化碳与血红蛋白的亲合力是氧与血红蛋白亲合力的 300 倍，而形成的碳氧血红蛋白极不易解离，比氧合血红蛋白解离慢得多，二者解离速度相差 3600 倍，因此当形成碳氧血红蛋白后，不仅使血液失去携氧能力，造成缺氧血症；而且妨碍氧合血红蛋白的正常解离，形成组织缺氧。高浓度的一氧化碳还可与还原型细胞色素氧化酶的二价铁结合，更加重了组织缺氧。

急性一氧化碳中毒的症状轻重与空气中一氧化碳浓度，接触时间、患者健康情况有关。

轻度一氧化碳中毒时患者感到头痛、眩晕、耳鸣、恶心、呕吐、心悸、无力，甚至可有短暂的昏厥。脱离中毒环境，吸入

新鲜空气，很快可以恢复正常。

中度中毒时除上述症状加重外，出现典型的中毒面容，即面色潮红、口唇樱桃红色。脉快、多汗、烦躁、步态不稳，嗜睡甚至昏迷。经积极救治后一般无明显的并发症和后遗症。

重度中毒时患者迅速陷入昏迷。昏迷初期表现肌张力增高，腱反射亢进，出现病理反射症或有阵发性惊厥。深度昏迷时面色苍白，四肢厥冷，肌张力降低，腱反射消失，血压下降。重症病人往往合并肺炎、肺水肿、心肌损害、皮肤植物神经营养障碍等。老年人一氧化碳中毒还可发生迟发性脑病，即由昏迷轻清醒后数日、数周、甚至（1～2）月后再度昏迷或出现神经系统症状。

急性一氧化碳中毒的救治关键在于纠正缺氧、防治脑水肿、促进脑细胞功能恢复。主要方法如下：

（1）首先把病人迅速移到空气新鲜地方，脱离中毒环境。注意病人休息和保暖，解开衣领，清除口腔内分泌物及呕吐物，保持呼吸道通畅。

（2）轻症病人在空气新鲜处数小时可恢复。中度、重度病人必须立即给以高浓度氧。高压氧舱治疗重度病人见效快、副作用少，有条件时作为首选急救手段。

（3）患者呼吸停止时要正确地、积极地进行人工呼吸。送往医院后进行气管插管机械通气。

（4）对危重病人可考虑换血疗法。

（5）中毒后（24～48）小时是脑水肿发展的高峰，及时用20%甘露醇、50%葡萄糖等脱水治疗。

（6）患者抽搐时可用冬眠疗法。

（7）促进脑细胞功能的恢复可适当补充细胞代谢需要的药物，如细胞色素C、辅酶A、维生素C、B_1、B_6、B_{12}等。

值得一提的是，不正确的抢救法会使抢救者也煤气中毒。在抢救时，抢救者要低姿进入中毒现场（屋内、厂房等），并尽可能用湿手绢把嘴、鼻捂住，屏气后进入屋内搬运出患者。在室外深吸一口气后再返回室内搬运病人。如果有带氧气面罩的急救队员搬运病人那再好不过了。

为了防患于未然，使用煤炉和燃气热水器的家庭一定要提高警惕。烟筒要密封好，不存灰尘，通往室外的烟筒要装上弯头管以防刮风时烟气倒灌。室内装风斗，注意空气对流。燃气热水器一定要分室安装，定时检修。

二、氰化物中毒

氰化物是一种剧毒物质，常见的种类有氢氰酸、氰化钾、氰化钠等。氰化物中毒常见于从事电镀、洗注、制造塑料和油漆、合成橡胶等行业人员；日常生活中则见于过食杏仁、桃仁等患者。也有用氰化物自杀或他杀的。

氰化物中毒无论吸入或经口进入人体，均可立即引起中毒，（2～3）分钟使呼吸停止而死亡。一般急性中毒分四期：

①前驱期：患者呼气有苦杏仁味，眼及上呼吸道粘膜有刺激症状；

②呼吸困难期：呼吸极度困难，恐怖感，心慌、血压升高，皮肤呈樱桃红色；

③痉挛期：意识丧失、抽搐、血压下降、大小便失禁；

④麻痹期：肌肉松弛，反射消失、呼吸与心跳停止。

氰化物中毒引起骤死的机理在于氰离子能抑制生物酶的活性，特别与细胞呼吸酶的亲合力很强，造成组织不能摄取和利用氧，所以静脉血仍呈红色，皮肤及粘膜樱桃红色。

氰化物中毒病情如此险恶，积极抢救特别强调现场处理。

（1）发现病人，立即将其移至空气新鲜处，吸氧。呼吸停

止者，即刻进行人工呼吸，但避免用口对口人工呼吸法。

（2）解毒剂解毒。立即吸入亚硝酸异戊酯，每次取1～2支敲碎倾入手帕放在患者口鼻前吸入，每2分钟一次，可连续用（2～3）次。吸入亚硝酸异戊酯同时静脉注射3%亚硝酸钠，（6～12）毫克/千克体重。此药注射完毕后随即用同一针头再注入50%硫代硫酸钠（25～50）毫升。也可静脉注射美兰，10毫克/千克体重。

如果氰化物中毒系吞服所致，可用10%硫代硫酸钠溶液或1＋2000高锰酸钾溶液或3%过氧化氢溶液洗胃。洗胃后再给硫酸亚铁溶液，每15分钟一汤匙，可使氰化物生成无毒的亚铁氰化物。因为氰化物中毒作用迅速，毒性剧烈，最好先用解毒剂再洗胃，或解毒洗胃同时进行。

近来认为依地酸二钴（Co_2EDTA）、组氨酸钴、谷氨酸钴等有机钴盐类是治疗氰化物中毒的有效解毒剂，且对呼吸、血压无明显影响。一般用3%溶液，（5～15）毫克/千克体重。

三、青霉素过敏反应

自从1940年青霉素问世以来，在防病治病方面起到很大作用。目前青霉素种类越来越多，有青霉素G、长效青霉素、非广谱的耐青霉素酶的半合成青霉素、广谱的不耐青霉素酶的半合成青霉素等等。由于青霉素治疗感染性疾病疗效好、价格相对便宜，所以用量很大，随之而来，青霉素过敏反应也日渐增多。这主要是因为青霉素的降解产物——半抗原（毒霉烯酸、青霉噻唑酸）在体内与蛋白质结合形成全抗原。后者刺激机体产生抗体，当再用青霉素时这些抗体就会和抗原结合发生变态反应，也就是青霉素过敏反应。显而易见，过去青霉素不过敏不等于现在青霉素也不过敏，青霉素皮试阴性也不能绝对保证青霉素不过敏

青霉素过敏有两种类型，即过敏性休克和迟发性反应。前者表现为胸闷、心悸、喉头堵塞、呼吸困难、面色苍白或发绀、四肢厥冷、大汗、烦躁不安、血压下降。过敏性休克多发生在过敏体质或家庭成员有过敏史者，常在用药后5分钟内即可发生，如不及时抢救可在数分钟内死亡。后者表现为皮肤瘙痒、荨麻疹、其他皮疹，大多在青霉素使用过程中发生，故称迟发性反应。

青霉素过敏反应以预防为主，用青霉素前先问病人有否过敏史，家庭成员中有否对此药过敏者。有过敏史和家族史者要慎用此药。其次用药前一定要做过敏试验，凡3天内未用青霉素者再用此药一定再做试验，不同厂家生产和批号不同的青霉素交叉使用时也得重新做皮肤试验，一点马虎不得。皮肤试验阴性者方可使用。注射青霉素后要观察半小时，看看病人有无不适。这就是使用青霉素要做到“一问、二试、三看”的原则。此外，为了减少青霉素过敏反应，使用青霉素针剂一定要新鲜配制，不可配好后放置很久才用。

抢救过敏性休克，首先皮下或肌肉注射0.1%肾上腺素(0.5～1.0)毫克，5分钟后若未见效可重复使用。同时吸氧、输液。可使用10%葡萄糖酸钙20毫升缓慢静注，也可用非那更25毫克肌肉注射。必要时可用激素类药物抗过敏。在上述治疗前和治疗过程中可配合以针灸治疗，如针刺人中、内关等穴位。

对于皮肤过敏反应，要立即停用青霉素，同时给予抗过敏药物，如息斯敏、非那更、赛庚定、维生素C等。

四、急性安眠药中毒

镇定催眠药物是自杀患者的好帮手。急性安眠药物中毒是急诊临床常见危重病之一。

广义的精神药物包括抗精神病药（强安定药）、抗焦虑药

(弱安定药)、抗躁狂药、抗抑郁药、中枢兴奋药、拟精神病药和镇静催眠药。通常用于自杀的药物有冬眠灵奋乃静（强安定药）；利眠宁、安定、眠尔通等（弱安定药）；苯巴比妥、安眠酮、导眠能等（催眠药）。

镇定催眠药对中枢神经系统的作用部位虽各有侧重，作用强度和药效持续时间也不完全相同，但这些药物中毒的共同症状为轻重不一的意识障碍。轻症者出现嗜睡、昏睡或意识模糊；重症者则发生昏迷，昏迷过深影响呼吸和循环，严重危及生命。

急性安眠药中毒的治疗原则是：维持生命功能、排毒解毒、中毒症状对症处理、预防和治疗并发症。

（1）排毒。一般口服安眠药不超过 6 小时者均应洗胃治疗。洗胃液可以用温度适宜的清水也可以用 1＋5000 高锰酸钾溶液。洗胃尽量彻底。有些患者神志清楚，服量不多，也可以用催吐方法，即将上述清水或 1＋5000 高锰酸钾液快速喝下约 500 毫升，然后以手指探喉，吐出药液。以此反复多次，洗清胃内容物为止。高渗葡萄糖液和利尿药可以帮助排除已进入血液内的毒物。

（2）解毒。本组药物无特殊拮抗剂。肝太乐静脉点滴有助于冬眠灵葡萄糖醛酸化的体内解毒过程。

（3）中枢兴奋剂应用。深昏迷患者可用纳络酮、中药醒脑静加入静脉滴注液中。昏迷伴呼吸、循环功能不全者，可给予咖啡因、尼可刹米等药。

（4）低血压处理。首先应补充晶体或胶体溶液，以补充血容量不足。补足液量后血压仍不回升时可用升压药（如多巴胺）。

（5）呼吸抑制的处理。呼吸抑制是安眠药中毒的最危险并发症，必须严密观察病人呼吸情况。清除口腔内呕吐物和分泌

物，患者应去枕平卧，保持呼吸道通畅。供给足够氧气。必要时人工呼吸，气管插管或气管切开。根据病情给予呼吸中枢兴奋剂，如洛贝林、回苏灵、可拉明、利他林等。

（6）预防和治疗并发症。特别注意预防感染、褥疮、肺水肿、心律紊乱、水电解质平衡紊乱等。如有发生，宜及时对症处理。

五、有机磷农药中毒

有机磷农药种类很多，根据其毒性大小可分为三类：高毒类、中等毒类和低毒类。它们在农业生产中对防治作物病虫害、增加产量、促进农业生产，起着很大作用。但是使用和防护不当，可以使人中毒。日常生活中有人因种种原因喝敌敌畏自杀。敌敌畏就是中等毒类有机磷农药的一种。

有机磷杀虫剂可经胃肠道、呼吸道迅速吸收，经皮肤吸收慢些。有机磷进入人体后与胆碱酯酶结合，形成磷酰胆碱酯酶，使胆碱脂酶失去水解乙酰胆碱的能力，造成组织中己酰胆碱堆积。乙酰胆碱是一种重要的神经介质，它的作用有下列三类：

①毒蕈碱样作用。抑制心血管，收缩平滑肌，增加汗腺分泌，缩小瞳孔。

②烟碱样作用。使心血管兴奋、血压升高，晚期可因血管麻痹导致血压下降，循环衰竭。

③对中枢神经系统作用。先兴奋中枢神经系统后导致麻痹，如呼吸中枢麻痹。

急性有机磷农药中毒的表现分轻、中、重三度。

轻度中毒：主要表现头痛、头晕、恶心、呕吐、多汗、胸闷、腹疼、视物模糊、瞳孔轻度缩小。

中度中毒：除上述症状加重外，典型表现是肌颤、大汗、流涎、腹泻、轻度呼吸困难，血压和体温可有升高。

重度中毒：症状进一步加重，瞳孔缩小如针尖，呼吸极度困难、肌颜更明显、大小便失禁、肺水肿、昏迷、惊厥，严重时出现脑水肿。

急性有机磷农药中毒来势凶猛，发展极快，必须分秒必争，投入抢救。

（1）一般急救处理。立即使病人脱离现场，脱去被污染的衣服、鞋袜。用温肥皂水、或淡的碱水，或（1～5）%碳酸氢钠溶液（敌百虫则必须用清水）彻底清洗污染的皮肤、头发、眼睛等。对口服中毒患者应尽早洗胃，即使服毒（8～12）小时也应给以洗胃。洗胃时先将胃内容物（含有机磷毒物）从胃管内抽出，然后用上述溶体或清水反复灌洗，每次灌洗（300～500）毫升，然后抽出。直至洗出胃液无有机磷蒜臭味。敌百虫中毒不能用碱性液体洗胃，因为碱性液体可使敌百虫转变为毒性更强的敌敌畏。严重病 例应置留洗胃管，以便间断洗胃，直至病情好转。

（2）应用解毒剂。阿托品是对抗乙酰胆碱的药物，对解除有机磷毒蕈碱样作用有明显的效果。使用阿托品强调早期、足量、反复及个体化。使用阿托品要迅速达到阿托品化，即颜面潮红、口干、瞳孔扩大、脉搏增快、体温升高、神志转清。但使用阿托品不能盲目加大剂量，阿托品本身属剧毒药物，盲目大剂量使用可造成阿托品中毒。达到阿托品化后要减量，减量不能太快，以避免出现反跳（中毒现象重复出现）。阿托品不能使被抑制的胆碱酯酶恢复活力。要使胆碱酯酶恢复活力，需用复活剂氯磷定、双解磷等药物。复活剂用量过大、注射过快或未经稀释直接注射均可引起中毒。中毒已超过三天，体内的乙酰胆碱酯酶已老化者，使用复活剂无效。

（3）防治呼吸衰竭。危重病人呼吸抑制，必要时应气管插

管，吸氧，甚至气管切开，清除气管内分泌物，保持气管通畅，积极防治呼吸衰竭。

(4) 可放血（300～600）毫升，并输入等量新鲜全血，补充有活性的胆碱酯酶。

(5) 适当使用抗菌素、预防继发感染。

有机磷农药中毒禁用油类泻剂、禁用吗啡、禁用琥珀酰胆碱、酚噻嗪类药物、拟胆碱药物。

六、急性酒精中毒

我国有悠久的酒文化。酿酒起源很早，大概在原始社会采集经济时期，人们就注意到了野果的天然发酵。到原始社会末期随着农业的发展，可能就有了谷物造酒。在龙山文化遗址中发现很多陶制的酒器，可见在夏代已有了人工酿酒。古代医书中有“酒为百药之长”，“医”从酉（酒），都说明酒与医药的关系密切。少量饮酒有活血化瘀祛病延年的功效。

然而，过量饮酒造成急性酒精中毒，喝醉酒。对人们身心健康有很大危害，甚至危及下一代。过量饮酒加重肝脏负担，使肝脏细胞受损变性，最终导致肝硬变。血中酒精浓度到0.4%时人就会失去知觉，再狂饮，就会使呼吸中枢麻痹，不及时抢救有生命危险。

急性酒精中毒表现各式各样，“千奇百怪”。大致可分成以下三个时期：

①兴奋期：轻度醉酒，满口酒气，欣快感，说起话来滔滔不绝，喜怒哀乐，哭笑无常。

②共济失调期：中度醉酒，语无伦次，含糊不清，精神错乱，步态蹒跚，动作不协调。

③昏睡期：重度醉酒，昏昏沉沉，颜面苍白、皮肤湿冷、口唇微紫，呼吸浅慢、脉细弱、躁动不安、抽搐昏迷。

轻度酒醉，多喝浓茶，注意保暖、休息。重度酒精中毒要积极救治。饮酒在2小时以内者，用1%苏打水洗胃，反复多次。然后给以输液治疗，根据血糖测定情况决定是否输注葡萄糖。有些药物可促进酒精氧化代谢。有些药物有中枢兴奋作用，如西药钠络酮，中药醒脑静，都有很快恢复神志的作用。特别严重的病人可以进行血液透析治疗。

为了防止急性酒精中毒，还要注意不要空腹饮酒，不要喝冷酒，不要边喝酒边抽烟，不要酒后受凉，不要酒后洗澡，不要酒后使用有镇静作用的某些药物。

七、发芽马铃薯中毒

马铃薯又称土豆、山药蛋、洋芋。营养丰富，食用普遍。春天或保存不当都容易发芽，吃了发芽的马铃薯会中毒。

马铃薯中含有一种叫龙葵碱的物质，这种物质在成熟的马铃薯中含量极微，高热煮熟后龙葵素的毒性被破坏。发芽的马铃薯龙葵素含量增加，有时含量高达0.5%以上，尤其是芽、芽基部及发芽周围皮肉变绿变紫部分，龙葵素含量更高，毒性更大。

龙葵碱对胃肠道粘膜有较强的刺激性和腐蚀性，对中枢神经系统有麻痹作用，尤其对呼吸运动中枢的抑制作用更明显。龙葵碱对红细胞有溶解作用，可引起溶血。急性中毒的患者，病理变化主要为急性脑水肿，其次为胃肠炎及肺、肝、心肌、肾皮质水肿。

吃了发芽马铃薯后数十分钟或数小时即可发病。首先是咽喉部及口腔有烧灼感和痒感。继而上腹部出现烧灼感和疼痛，并有恶心、呕吐、腹疼、腹泻，偶有粘液性血便。反复多次吐泻后发生脱水、血压下降。严重中毒时体温升高，出现神经系统症状，如头痛、头晕、烦躁不安、谵妄、昏迷、瞳孔散大、呼

吸困难，甚至呼吸麻痹。

对发芽马铃薯中毒目前尚无特异解毒剂。早期发现病人，立即催吐或洗胃。洗胃液可以用浓茶水或1+5000高锰酸钾液。还可以结合催吐和洗胃服硫酸钠导泻或灌肠。

呼吸困难病人，及时吸氧，头后仰，解开衣领，保持呼吸道通畅。患者呼吸衰竭时应用呼吸兴奋剂，如洛贝林，每次3毫克肌肉注射或静注射。对严重呼吸麻痹患者做气管插管，呼吸机控制或辅助呼吸。

腹疼严重者可给予解痉药物，如颠茄、阿托品等。惊厥时肌肉注射或静脉注射安定。

由于呕吐、腹泻会导致脱水酸中毒、电解质紊乱，所以特别注意补足血容量，纠正脱水和酸中毒以及电解质紊乱。同时正确合理的输液又可排除毒素。

为了预防马铃薯中毒，应妥善保存马铃薯于凉爽、干燥、无阳光处。生过芽者或皮变绿者不可再食用。生芽不多者可把芽和芽基周围挖掉。食用时可将马铃薯浸入水中（30～60）分钟，使毒素溶于水中，然后煮熟。因为龙葵素遇醋酸可分解，所以在炒菜过程中可加些醋，使毒素分解。

八、蚕豆病

蚕豆病是指某些人进食蚕豆、蚕豆制品或同蚕豆花粉接触后所发生的严重疾病。患蚕豆病的人红细胞6-磷酸-葡萄糖脱氢酶（G-6-PD）遗传性缺陷，男性多发。

蚕豆病发生的机理是由于G-6-PD缺乏或活性低下的病人，糖代谢发生障碍，红细胞失去稳定性，在蚕豆的外因作用下，红细胞内形成过氧化氢，氧化了还原型谷胱甘肽（GSH）及还原型三磷酸吡啶核苷（NADPH），红细胞膜遭到破坏，发生急性血管内溶血。

蚕豆病多数在食蚕豆后（1～2）天内发病，少数人食蚕豆后 2 小时即可发病。发病早期有微热、头昏、腹疼、精神欠佳。接着出现溶血症状。皮肤及粘膜不同程度黄染，伴有嗜睡、贫血、头晕、四肢疼痛。体温可升高，一般持续 3 天左右。蚕豆病一个特征是尿颜色改变。正常人尿呈清亮微黄色。可是蚕豆病人尿呈茶色、酱油色，十分吓人。这是由于溶血后形成的血红蛋白尿。酱油尿一般持续 3 天左右。严重时发生少尿、无尿，进入急性肾功能衰竭状态。病人还可以出现呕吐、腹泻、腹胀、食饮不振。根据临床表现可以将蚕豆病分为顿挫型、轻型、重型、暴发型。后者为突然出现深度黄疸、高热、贫血及血红蛋白尿，如抢救不及时常可于发病后（1～2）天死亡。

蚕豆病的一般治疗包括肥皂水灌肠，口服泻剂，促进毒素排泄。同时补充维生素 B 及 C 等。

假如病人严重溶血，血红蛋白在 5g/dL 以下，应立即输新鲜血。输血可解除缺氧或休克症状。

依病情需要口服碳酸氢钠（1～2）克，每日 4 次，或 5%碳酸氢钠 200 毫升静脉注射，每日（1～2）次。持续应用 3 天左右，目的是碱化尿液，防止急性肾功能衰竭。

激素类制剂的应用能减轻症状，有利于肾功能恢复。一般给氢化可的松（100～300）毫克静脉滴注。

中草药白头翁、车前草、茵陈煎服，可减轻急性溶血症状。

凡本人及家族中有蚕豆病史者应不吃蚕豆或不接触蚕豆花粉。不服用伯氨喹啉、呋喃类与磺胺类药物。哺乳期妇女发病，她所哺乳的婴儿也可发病，这一点值得注意。

九、未煮熟豆制品中毒

大豆含有丰富的植物蛋白，是深受百姓喜爱的营养食品。但是豆制品吃法不当会引起中毒。喝豆浆会中毒？这似乎有点骇

人听闻。

原来豆制品中有两种有害物质。一种是胃蛋酶和胰蛋白酶抑制物质。这种物质抑制胃蛋酶和胰蛋白酶的正常消化功能，从而引起蛋白质消化障碍。这种物质还对胃肠道产生刺激作用，使病人出现中毒症状。中毒表现为口腔、舌头、咽喉部、食道及胃有烧灼感，流口水、恶心、呕吐、腹痛、腹泻。另一种有害物质是血球凝聚素。该物质有破坏血球引起溶血和凝血的作用。中毒表现为头晕、头痛、呼吸困难。甚至出现茶色尿、酱油尿，少尿或无尿等急性肾功能衰竭症状。呼吸中枢因中毒而麻痹，甚或引起死亡。

未熟豆制品中毒，关键在“未熟”二字上。豆制品中所含的这两种有害物质均可在100℃温度下被破坏。因此彻底烧开煮沸豆制品是预防中毒的要害所在。一般煮豆浆时，刚出现泡沫沸腾时并未烧开煮透，水温可能只有（80～90）℃，毒素尚未被破坏。应接着烧开几分钟，泡沫消失，没有生豆味，才是熟透了。

中毒后立即催吐，吐出吃进去的豆制品。轻症病人一般几小时后恢复正常。重症病人或催吐不配合的病人应该洗胃，将胃内容物洗净。因病人呕吐、腹泻而脱水时，要静脉补液，同时补充电解质，防治酸中毒。重症病人呼吸困难时，应将患者去枕平卧，解开衣领，清除口腔呕吐物，给予吸氧或呼吸兴奋剂。呼吸中枢麻痹时，应当机立断进行人工呼吸，气管插管。为防止急性肾损害，注意口服碳酸氢钠或静脉注射碳酸氢钠，以碱化尿液。

十、菠萝中毒

菠萝是一种热带水果，味香色美，很受人们喜爱。然而，菠萝中含有菠萝蛋白酶，此酶具有消化蛋白质的作用，使胃肠道

粘膜通透性增加，于是胃肠道内原来不能渗入血液的异性大分子蛋白此时却可渗入血液，这样有过敏体质的人吃菠萝后很快出现过敏反应。

吃菠萝后的不良反应分轻度与重度两种情况。轻症者皮肤潮红、瘙痒、起疹子、眼结合膜充血，口舌及四肢麻木感，腹痛、腹泻、呕吐；重症者呼吸困难，血压下降、脉搏细弱，面色苍白、四肢厥冷、神志不清。

急救措施主要是：

（1）催吐、洗胃。让患者快速饮入温水500毫升左右，再用手指或鸡毛或匙柄等物刺激咽后壁，使其反射性呕吐。此法可反复数次，直至胃内容物全部吐出为止。有些患者不适应催吐，就得洗胃。一般用1+5000高锰酸钾溶液，或用温清水。洗胃数次，至洗出液变清为止。

（2）抗过敏。一般用扑尔敏、息斯敏等抗过敏药物。病情严重者静脉点滴氢化可的松、地塞米松等激素类药物。

（3）解痉止痛。腹痛不止者可用颠茄、阿托品等药物，口服、肌肉注射均可。

预防菠萝中毒的方法是：食用前先将菠萝切成小块，放入盐水中浸泡或加热，可将菠萝蛋白酶破坏。

十一、荔枝病

荔枝是一种美味香甜的果实。它盛产于我国南方的广东、广西、福建、台湾等地。“日啖荔枝三百颗，不辞长作岭南人”。交通运输十分发达的今天，荔枝成熟季节，北方人也同样能享受这种名贵果实的甘美。

荔枝病是指有人连续大量进食荔枝后所得一种病，主要是突发性低血糖发作。目前荔枝中毒的毒性成分及其发病机制还不十分清楚。动物实验证明荔枝中含有某种毒素，引起肝脏脂

肪变性，食欲减退，造成体内贮糖量减少，这样就容易发生低血糖。患者多在清晨（3～8）点钟左右突然发病，感头晕、出汗、面色苍白、皮肤厥冷、心慌、饥饿感、口渴、腹疼、腹泻。严重者突然昏迷，阵发性抽搐、瞳孔缩小、呼吸不规则、脉搏细弱而速、面色青灰、皮肤紫绀、心律失常、血压下降。

荔枝中毒的主要急救措施是补充葡萄糖。神志清醒的患者可服浓糖水，一般很快缓解症状，对昏迷患者立即静脉注射50％葡萄糖液（40～60）毫升。

病人抽搐时可适当给些镇静药。呼吸困难者给予吸氧，保持气道通畅。

十二、白果中毒

白果树又名银杏，或鸭脚、公孙树，为落叶乔木。夏季开花秋天结果。白果是一种中药，用以治疗喘咳、尿频、妇女白带等症。白果中毒主要是采食生白果引起。白果中所含的银杏酸和银杏二酚有致毒作用。这种毒性作用表现在对胃肠粘膜的刺激、接触性皮炎及对神经系统的影响。

白果中毒多见于儿童，年龄越小中毒症状越重、预后也越差。中毒潜伏期（1～12）小时不等。早期消化道症状有恶心、呕吐、腹疼、腹泻、食欲不振。继之出现神经系统中毒症状，有烦躁不安、惊厥、精神呆滞、肢体强直、皮肤紫绀、发热、昏迷、瞳孔散大，对光反射迟纯或消失。由于迷走神经的紧张度增高，引起心跳减弱与呼吸道分泌物增加，导致呼吸困难和肺水肿。有的患者末稍神经功能障碍，表现为两下肢轻瘫或完全性弛缓性瘫痪，腱反射减弱或消失。

白果中毒应立即抢救。首先是催吐或洗胃。然后根据需要给予导泻，以便尽快将毒物排出。补液给50％葡萄糖（40～60）毫升，加大量维生素C，同时注意保肝治疗。为了促进毒物

排出，可用利尿剂或利尿合剂静脉注射或滴注。抽搐时可给一定镇静药物，如安定、巴比妥等。验方用生甘草100克煎服也可解毒。

白果中毒多见于5岁以下儿童，应教育小孩不生吃白果。即使熟食量也不宜过多，且吃白果时除去肉中绿色的胚。在白果产地采集期应注意保护皮肤，以免引起皮炎。

十三、亚硝酸盐中毒

食入过量变质蔬菜、饮用含亚硝酸盐的井水、蒸锅水等均可引起亚硝酸盐中毒。

日常生活中，我们吃的蔬菜如青菜、小白菜、韭菜、卷心菜、菠菜、萝卜叶、莴苣等均含有大量的亚硝酸盐和硝酸盐。蔬菜煮熟后放置时间过久或盐腌不久，或烂白菜、冻白菜，由于硝酸盐还原菌把蔬菜中的硝酸盐还原为亚硝酸盐，使其中亚硝酸盐含量可高达5毫克/分升以上。

亚硝酸盐中毒的原理在于亚硝酸盐类与血红蛋白作用，使正常的二价铁氧化成三价铁，形成高铁血红蛋白。高铁血红蛋白能抑制正常的血红蛋白携氧和释放氧的功能，因而造成了组织缺氧，特别是中枢神经系统对缺氧更为敏感，因而产生了以下临床表现。

食后（0.5～3）小时突然头昏、乏力、气短、恶心、呕吐、腹胀、腹痛、腹泻、口唇青紫、指甲及全身皮肤呈紫黑色或蓝黑色，脉细弱，血压下降。严重时神志不清、痉挛、抽搐、昏迷、烦躁不安、呼吸急促、窒息死亡。

亚硝酸盐中毒急救措施：

（1）使患者处于空气新鲜、通风良好环境中、绝对卧床休息，注意保暖。

（2）立即催吐或用1＋5000高锰酸钾液洗胃。根据病情可

选用硫酸镁导泻。

(3) 使用特异性解毒剂。1%美蓝溶液以25%葡萄糖溶液稀释后静脉注射，以（10～15）分钟速度缓慢注入。每千克体重（1～2）毫克。如果2小时后病情无好转，重复用量一次。使用美蓝时一定注意其用量要小，并注意其副作用：大汗、恶心、呕吐、呼吸困难；使红细胞脆性增强；心电图出现异常；对局部组织刺激作用。在使用特异性解毒剂同时，维生素 B_{12}、辅酶A合并静脉滴注，能加强治疗效果。

(4) 维生素C 1000毫克加于50%葡萄糖（60～100）毫升中静脉注射，使高铁血红蛋白还原为血红蛋白。

(5) 吸氧。使用呼吸兴奋剂，必要时人工呼吸。

(6) 对严重患者输新鲜血（300～500）毫升，或换血治疗。

为了预防亚硝酸盐中毒，在日常生活中应做到：

①禁食腐烂变质的蔬菜。煮熟的蔬菜不应存放过久再食用。

②腌菜时间要充足，一般腌制20天以上无害无毒。

③不宜用苦井水煮饭、烧菜。

④不宜短期内集中吃大量含亚硝酸盐类蔬菜。

⑤不饮用过夜的蒸锅水。

十四、霉变甘庶中毒

甘庶贮存时间过长，保存方法欠妥，容易霉变。霉变的甘庶含糖量低，具有霉味、酸糟味，外观灰黑色。

霉变甘庶内有真菌繁殖，这些真菌产生亲神经性毒素，导致中枢神经系统损害。

食霉变甘庶后（0.5～5）小时内发病。潜伏期愈短，症状愈重，预后愈差。

轻度中毒：恶心、呕吐、腹痛等胃肠道症状，并可有头痛、头晕、眼前发黑、复视等神经系统症状。一般很快恢复。

重度中毒：除上述症状加重外、很快出现抽搐、昏迷。抽搐为阵发性痉挛性，每次发作（1～2）分钟，每日多次发作。发作时眼球上视、瞳孔散大。抽搐后便呈昏迷状态。发病3～5天体温可升高。一般在（5～10）天后开始恢复，重症病人往往有后遗症：全身性痉挛性瘫痪、去大脑皮质综合征。

霉变甘庶中毒尚无特效药物解毒，主要是对症治疗。

发病早期应催吐、洗胃、导泻。这对抢救病人至关重要。催吐一般用于神志清醒且配合治疗的患者。昏迷或神志不清的患者多用洗胃、洗胃液用清水或1+5000高锰酸钾溶液。洗胃完毕时从胃管灌入硫酸钠或硫酸镁溶液（15～30）克。也可用温盐水或肥皂水灌肠。

对症治疗重点是针对脑水肿，可用脱水剂，如20%甘露醇、50%葡萄糖等，也可合并使用类固醇激素，如地塞米松、甲强龙等。此外应注意救治肺水肿或心力衰竭，纠正水、电解质及酸碱失衡。

十五、变质食油中毒

生活中离不开油、盐、酱、醋、茶。食用油种类繁多，如豆油、花生油、菜籽油、猪油等，若他们保存时间过长或保存方法不当，可发生变质。变质了的食油产生低级的化合物醛和酮，使油脂产生“哈喇味”，外观混浊，粘度加大，炒菜时油烟过大，气味呛人。

食用变质油后（2～3）小时即可发病，主要症状为头晕、头痛、恶心、呕吐、腹泄。猪油还含腐败胆固醇，加重动脉粥样硬化。食油中毒还可能引起全身疼痛、发热。

急救措施：让病人卧床休息，多饮水，促使毒物排泄。对吐泻严重的病人应静脉补液，维持水、电解质平衡。也可用利尿剂如速尿等，加快毒物排泄。头痛发热可以给解热止痛片对

症治疗。

为了防止食油变质，杜绝食用油中毒，应注意以下几点：

①食用油不宜贮存时间太久，最好现买现吃；

②油瓶放置于阴暗通风处，避免光线直射，油瓶也不要靠近火炉、暖气，以免受热变质；

③贮油瓶不能用有毒性的塑料容器。

十六、食物中毒

在家庭生活中，食物中毒一般指微生物引起的，如沙门氏菌属、变形杆菌、嗜盐菌、真菌等引起的食物中毒。其中主要有葡萄球菌食物中毒和肉毒杆菌食物中毒。

引起葡萄球菌中毒的食品，常见有剩饭、米面、乳及乳制品、肉、鱼、蛋类。这些食物被葡萄球菌感染后，在室温（20～30）℃中大量繁殖而产生毒素。潜伏期短，一般在进食（1～5）小时起病、流口水、恶心、剧烈呕吐，上腹疼痛及腹泻。呕吐物内有胆汁或血液。腹泄为水样稀便。严重病人发生脱水和休克。

葡萄球菌食物中毒早期发现时，可用1＋5000高锰酸钾溶液洗胃。严重吐泻者应补液治疗，纠正脱水及休克。一般不用抗菌素，严重病例可选红霉素、氯霉素、新型青霉素等抗菌药物治疗。

肉毒杆菌食物中毒，多见于罐头、瓶装食品（如肉类、水果、豆类、海产品等）以及腊肠、火腿等，被肉毒杆菌污染后，在无氧条件下，细菌大量生长繁殖而产生外毒素。起病突然，多于进食后（6～36）小时发病。病初为头痛、头晕、乏力，继之出现眼睑下垂、视力模糊、复视、斜视、瞳孔扩大或两侧大小不等，瞳孔对光反应减弱或消失。严重病例出现吞咽、咀嚼、发音及呼吸困难。颈部肌肉无力而抬头困难。共济失调。这些都

是中枢神经系统麻痹征象。

肉毒杆菌食物中毒的病人死亡率可达50%左右，因此应积极抢救。

早期病例(一般进食后4小时内发病者)可用5%碳酸氢钠溶液或1+5000高锰酸钾溶液洗胃。同时可予导泻或高位洗肠。在起病24小时内或中枢神经征象出现前用多价肉毒抗毒血清对本病有特效。一次足量（5～10）万单位，静脉及肌肉各注半量，必要时6小时后重复一次。

肉毒杆菌食物中毒引起呼吸衰竭时，要保持呼吸道通畅，吸入氧气，必要时进行人工呼吸。对于心力衰竭应使用强心药物如洋地黄类药物。发生肺炎等继发感染时，使用有效抗菌药物治疗。对神经肌肉阻滞病人，建议用盐酸胍治疗，剂量为(15～40）毫克（千克体重·日），分次口服。

为了预防食物中毒，需加强对炊事人员、食品制作人员、售货员的卫生宣传教育。对“胖听罐头”或罐头的色、香、味已经改变者应禁止出售、弃之不食。食物中毒往往同食者集体发病，但也因个体差异而同食未发病者，对这部分人应严密观察，必要时预防注射多价肉毒抗毒血清。

十七、猪肉囊虫病的防治

囊虫感染的猪肉称米猪肉。米猪肉内的小囊泡内藏囊尾蚴，是一种六钩蚴虫。它侵入人体后，肌体立即形成一层纤维结缔组织性被膜并将其包围，以后六钩蚴发育成囊虫。囊虫一般如黄豆大小，在脑及皮下为圆形，在肌肉为长圆形。

囊虫感染人体的途径有以下三种：

①食用未经检疫的米猪肉，或生食被猪绦虫卵污染的蔬菜或其他未煮熟的食物。

②自家体外感染。患绦虫病的患者卫生习惯不良，将自体

排出之虫卵借污染的手随食物入胃。

③自家体内感染。肠绦虫患者由于肠的逆蠕动（恶心或呕吐），将脱落之妊娠节片或虫卵逆流入胃。

根据囊虫侵入脑内的数目、部位不同，可产生多种多样的症状。如侵入脑内囊虫数目不多或位于“哑区”，则可不出现任何症状，只在尸体解剖时才被发现。发病时最为多见的是全身性或局限性癫痫发作，亦可产生头痛、呕吐、视乳头水肿、项强、精神障碍等症状。

预防本病发生，首先要切断传染途径。要严格禁止生猪私屠滥宰，加强卫生检疫，有病猪肉必须销毁。合理处理粪便，注意个人卫生。生食蔬菜、水果时要洗净或消毒，养成饭前便后洗手的好习惯。做饭菜时生熟菜板、餐具要分开。有肠绦虫病的患者应在医生指导下驱虫治疗，以防自体感染。

囊虫病早期发现很重要。如果怀疑到囊虫病，应详细询问有无绦虫病史，检查皮下、肌肉、眼底、舌、口腔粘膜等处有无囊虫结节。医生提醒我们，90%囊虫病人有皮下囊虫结节，这种结节大小为直径（0.5～1.0）厘米，与皮肤不粘连，可活动，硬如软骨，无炎症现象，无压痛。不能肯定的囊虫病者，可做活体组织检查。

早发现早治疗可以获得很好的治疗效果。丙硫咪唑是有效杀虫药，它能杀死成虫又能抑制幼虫的发育。中药槟榔和南瓜子也有很好的驱虫效果。癫痫发作患者可服抗痉剂。高颅压患者可用脱水降颅压药物如甘露醇等。第四脑室囊虫可做手术治疗。

十八、神经性毒剂中毒

日本东京地铁的沙林事件，着实让世界惊恐。沙林是什么？沙林就是神经性毒剂的一种。神经性毒剂是有机磷酸酯衍生物，

毒性非常强，中毒后主要引起中枢神经系统、植物神经系统、呼吸系统及血液循环系统的功能障碍。沙林挥发度高，在炎热的气候条件下，易达到致死的浓度。蒸气态中毒主要有眼的损伤与呼吸道损伤，中毒后立刻瞳孔缩小如针尖样。呼吸道损伤表现为喘鸣、呼吸困难。全身中毒症状有头晕乏力、视力模糊、流口水、呕吐、腹泻、肌肉颤动、肺水肿、呼吸困难、血压下降。最后可因中枢神经系统进行性抑制、呼吸肌麻痹及循环衰竭而死亡。

神经性毒剂中毒事件发生主要在战争时期，日常生活中也可出现。每个人都应学会防护和急救。

个人防护：主要使用防毒面具及皮肤防护器材。集体防护：专门构筑有防毒通风设备的工事。在敌人进行化学武器袭击时，预防性服用药物 P_2S 和阿托品。

中毒现场应彻底清洗伤口、皮肤、眼睛。用 15％氨水冲洗，眼及伤口可用 2％碳酸氢钠消毒。因误食污染的食物和水而中毒者，立即催吐，反复洗胃。

使用特异性解毒剂如解磷注射液。

对症治疗措施包括呼吸、循环停止时，注射急救针，同时立即进行人工呼吸和体外心脏按压。

加强护理，保暖、保持安静、注意口腔护理和呼吸道通畅。

十九、吸毒与戒毒

近年来毒品走私活动猖獗，在广东、广西、云南等沿海和边境省区吸毒人数也在增加。因而除了严厉打击贩毒走私活动外，戒毒治疗也必不可少。

吸食阿片（鸦片）种类主要为海洛因，中毒途径主要是静脉注射。阿片类成瘾患者发作症状有轻重不同，轻症者，头痛、头昏、打呵欠，幻想，失去时间和空间感觉，有些人全身发痒，

蚁走感、多言多语、昼夜不眠，易兴奋伤人，对阿片类物质有强烈的躯体及心理要求。重症患者常在静脉注射海洛因后（20～30）分钟发生，主要表现为昏迷、呼吸抑制、瞳孔缩小及心脏抑制，血压下降、紫绀。其中昏迷、瞳孔缩小、呼吸抑制最为常见，被称为急性海洛因中毒的“三联症”。阿片类毒品可以兴奋脊髓反射活动，引起惊厥，牙关紧闭，角弓反张。急性严重中毒时呼吸停止是致死的主要原因。

急性海洛因中毒特效拮抗药物叫纳络酮，这种药物经过军事医学科学院有关部门研究，已经可以在国内生产。该药能很快消除海洛因对大脑皮层及呼吸中枢的抑制，静脉用药（5～10）分钟内起效，（30～60）分钟神志清醒，呼吸恢复。

阿片类成瘾戒断治疗，即通常所说的戒毒治疗，须注意以下几点：

（1）戒毒治疗用药（5～10）天，痊愈出院后应脱离吸食环境（1～3）月，以防再成“瘾君子”。

（2）戒毒过程中患者易烦躁不安，大喊大叫，甚至类似精神分裂症、躁狂症，这时要给予适量强镇静剂，消除幻觉，达到催眠作用。

（3）医院要严格管理和使用毒麻药品，如度冷丁、吗啡、盐酸二氢埃托菲等，一定要在医生指导下使用，否则经常使用这些药品会发生成瘾。

第五章　其他急症的救治

一、外耳道异物与损伤

耳朵具有十分精巧的结构，使我们能听到声音。耳鼓膜外的狭小通道称为外耳道，其外口称外耳孔或耳孔。外耳道地方不大，却常常发生“故障”。常见儿童因玩耍而将豆类、石子等塞入其中，或夏秋季节蚊、蝇、小虫子进入外耳道。还有的人有不良生活习惯，喜欢用指甲、火柴棍等挖耳朵，损伤皮肤，细菌进入皮肤的毛囊或汗腺而引起外耳道疖肿。

小虫子进入外耳道后有爬行搔动和痒感，病人惶恐不安。大的虫子和豆类等异物可阻塞外耳道，致使听力下降、耳鸣、耳痛。这些“侵入”外耳道的“敌人”还可刺激外耳道迷走神经分支而发生反射性咳嗽，撞击鼓膜振动而疼痛。有些异物吸水膨胀完全堵塞外耳道，除引起耳聋外还可引起外耳道出血、腐烂。

对外耳道活的动物性异物，应首先将其杀死，一般措施是向耳内滴入油类或酒精。或用棉签蘸上乙醚把虫子麻醉。然后用耳镊或耳钩取出。也可以灌洗外耳道冲出异物。对于豆类等圆滑的异物取出时要格外小心，勿将其推入外耳深部。可用镊子先夹碎，然后一点点取出。

外耳道疖肿主要表现是耳内跳痛，夜间睡觉时痛得更厉害，吃饭时也可加剧疼痛。外耳道疖肿形成脓肿后可破溃流脓。

外耳道疖肿可口服些抗生素，局部热敷。用棉签抹三磺软膏或10%鱼石脂软膏，每天1到2次，可达到消炎止痛目的。严

重的外耳道疖肿应去医院耳科治疗。

教育儿童玩耍时勿将异物塞入耳内，改掉掏耳朵的不良习惯，防治夏天蚊虫侵入，保证外耳道“平安”，还你一个健康的听力。

二、鼻出血

鼻出血很常见，尤其气候干燥的地方更容易发生。医学上把鼻出血称为鼻衄。鼻衄原因很多，有全身性疾病如发热、血液病、高血压等引起者；有局部原因如挖鼻孔、鼻外伤、鼻粘膜干燥等引起者。鼻中膈区毛细血管十分丰富，是局部出血的最常见原因。

鼻出血少量时可以是鼻涕中有血丝或点状出血，出血量大时可出现头晕、口渴、乏力、面色苍白、心慌、血压下降、出冷汗，以至休克。

一见鼻出血，有的人很紧张，还有的人采用一些不科学的土办法来止血，结果适得其反。因为情绪紧张可加重高血压，血压升高又可加重出血。有的人用纸或棉花填塞鼻腔止血，这样容易把纤维留在伤口，影响愈合，甚至成为再出血的原因。有的人鼻出血时把头后仰，这样会使血液倒流回咽喉部，引起呛咳，有时血呛入气管能引起窒息。正确的方法是：

（1）鼻出血时不要紧张，坐下来，略微低头。

（2）用手指紧压出血鼻孔的鼻翼（10～15）分钟，或用手指按压前发际正中线下（1～2）寸处，（10～15）分钟。

（3）以冷水浸湿的毛巾或冰袋敷于患者的前额或颈部，使血流变慢，易于止血。

（4）将病人双足浸于温水中，下肢血管扩张，血液下行，减少出血。

（5）有条件者用凡士林纱布条或明胶海绵填塞出血的

鼻腔。

（6）将中药云南白药粉吹入出血鼻腔，可局部止血；也可用西药肾上腺素、麻黄素少量滴鼻，需要注意的是高血压病人禁用。

此外，民间流行一些偏方也很有效。如举手止血法：左鼻孔出血举右臂，右鼻孔出血举左臂，两鼻孔出血举双臂，血止后稍停片刻再将手臂放下。举臂时身体要挺直，举起的手臂与地面垂直。吹气止血法：左鼻孔出血向右耳吹气，右鼻孔出血向左耳吹气，吹气时用力缓慢适度，持续10分钟左右。扎绳法：用细绳扎无名指根部，左鼻孔出血扎右手，右鼻孔出血扎左手，每次结扎时间不超过半小时。导引法：生大蒜捣烂成泥状，外敷足心涌泉穴，可协助止血。

为了防止鼻出血，生活中应多饮水，多吃富含维生素的蔬菜和水果。干燥季节可在鼻腔内涂些金霉素软膏等，也可用中药生地、麦冬、白茅根、藕节加冰糖泡水喝。高血压病人要控制血压，不可轻易停用或减量服用降压药物。如果采用上述方法仍不能止血，一定要去医院检查治疗。

三、鼻腔异物

鼻腔异物多发生于儿童。淘气的小孩玩耍时将豆类、花生米、橡皮头、纸团等异物塞入鼻腔。也有外伤时，石块、子弹片等射入鼻内。

异物进入鼻腔所产生的症状根据异物形状、大小不同而表现不同。小的异物可以没有或有很轻微的鼻腔疼痛、异物感。大的异物堵塞一侧鼻孔会引起鼻塞、呼吸困难。值得注意的是植物性异物因吸水而膨胀、腐败，出现流脓性鼻涕或血性鼻涕。因此，鼻腔异物要尽快取出。

异物进入鼻腔时，不能用手指、镊子硬掏。因为硬掏会损

伤鼻腔粘膜，有时方法不当，越掏使异物越深、反而使异物掉入呼吸道，引起呼吸困难，剧烈咳嗽、口唇青紫。

比较稳妥的方法是：当异物进入鼻腔时，可用口吸大气再从鼻腔呼气，将异物排出。一次排不出可重复以上呼吸动作。也可深吸一口气，堵住健侧鼻孔，用患侧鼻孔用力呼气，使异物排出。如果还不凑效，最好到医院请耳鼻喉科大夫诊治。

若鼻腔肿胀，分泌物多，就要用些滴鼻净等收缩血管的药物，充分使鼻粘膜收缩后再用适合的器械将异物取出。

当孩子因鼻腔异物而发生剧烈咳嗽、呼吸困难时，家长应马上叫救护车送往医院急救。

四、喉异物

吃饭时嘻笑打闹，一不留神鱼刺卡在咽喉部。特别是一些儿童，爱吃瓜子、花生仁、玉米及豆类，或口含大头针、图钉、糖块等物，在玩耍时可将这些异物吞入喉内。

喉异物的症状和异物形状大小有关。尖锐的异物，如鱼刺、大头针等，可刺入喉部粘膜或卡于声门下区，引起喉部疼痛，不敢咽东西。有时鱼刺等物已掉，还留有刺着的感觉，这是因为喉部被划伤的缘故。因尖锐异物损伤喉部，可出现血痰、呼吸不畅，皮下气肿等。扁平、边缘粗糙的异物如骨片等可嵌顿于声门，出现吸气性喘鸣、呼吸困难。较大的异物，如果核、肉块等，可阻塞喉腔，患者憋气、紫绀。患



图 93　喉异物表现
由于喉内有异物发不出声音，把手放在喉部，以示窒息求救



图 94　喉异物排除法

者常会双手卡住脖子（图93），十分恐慌又说不出话来，严重时可窒息死亡。老人和小儿最常发生喉异物，西方国家在咖啡馆内常见食物卡入喉、气管，所以取名叫“咖啡馆病”。

喉异物的抢救要争分夺秒。如果是大块食物或异物进入喉或气管，患者可头朝下倒置俯卧在椅子背上或床栏上，以使异物“脱口”而出。也可以自己用拳头从脐向上推压腹部，使异物排出。如果发现别人喉或气管异物，你应协助急救。方法如图 94A 所示：从患者背部拦腰抱住，一手握拳将拇指一侧对准脐和剑突之间的腹部，另一手将这拳抱紧，从患者腹部快速向上推压。重复推压，以使异物排出。如果病情较重不能站立，可使病人仰卧，然后以手掌置于患者剑突和肚脐之间，向上快速挤压腹部（图 94B）。如果是鱼刺在喉，用囫囵吐咽大块馒头等食物有时可把鱼刺除掉，但弄不好也可能反使鱼刺扎得更深。最好办法是去医院在

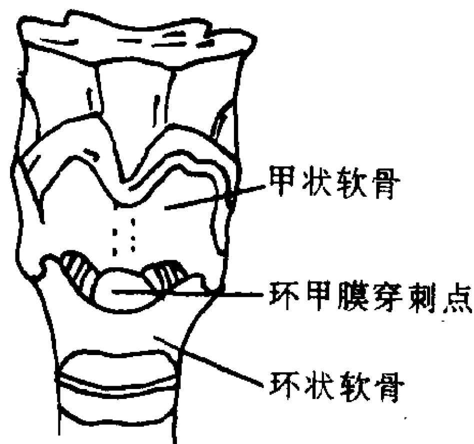


图 95　环甲膜穿刺

直接喉镜下，用喉钳夹出。如果病情十分危急，患者面色青紫甚至窒息，来不及送到医院时，可用粗针头刺入环甲膜（环状软骨和甲状软骨之间凹陷处）（图 95），维持呼吸，延缓生命，再图取出异物。

五、牙痛

俗话说："牙痛不算病，痛起来要了命"。牙痛是日常生活中最为常见的一种病痛。

牙痛的原因是多种多样的，概括起来有两大类，即牙源性因素和非牙源性疼痛。

牙源性因素主要是：龋齿、牙髓炎、根尖周围炎、牙周炎、冠周炎、牙本质过敏等。其中龋齿占很大比例。龋坏到牙本质后，酸、甜、冷、热食物均可引起牙痛。如果牙痛夜间明显，反射痛、自发痛，可能是牙髓炎。牙髓炎初期冷热刺激均可使疼痛加剧，化脓期后，冷水反而可使疼痛减轻，往往病人口含冷水或冰块止疼。如果疼痛与冷热无关，疼痛呈持续性，常感患牙伸长，咬东西时明显疼痛，则是根尖周围炎。牙龈红肿出血甚至溢脓，持续性钝痛，往往是牙周炎的表现。年轻人生"智齿"时，患侧下颌第三磨牙阻生或部分阻生引起胀痛，剧烈时可放射到耳颞部，可有不同程度的张口受限，这就是冠周炎。牙本质过敏表现对酸、甜、冷、热等刺激敏感。

非牙源性疼痛主要是：原发性三叉神经痛，突发闪电样、刀割样阵发性短暂面部剧痛。另外，上颌窦炎也可引起牙痛，病人头痛、流脓性鼻涕。有少数不典型心绞痛病人发作时放射性牙痛，往往会造成误诊。

治疗牙痛的偏方、验方很多。但最主要的还是经常保持口腔清洁、爱护你的牙齿。养成饭后漱口的习惯，有条件者要饭后刷牙，特别是吃酸、甜食物后，在 3 分钟内刷牙，每次刷牙

3 分钟以上。刷牙时注意牙刷的选择，采用顺刷刷牙法，即上牙从上往下刷，下牙从下往上刷，充分去掉食物残渣。此外要定期做口腔检查，早期发现、早期治疗。急性牙髓炎疼痛难忍时，可去除龋洞内食物残渣，用小棉球浸牙痛水或丁香油等放填洞内，暂时止痛。疼痛发作时可服镇痛剂，如去痛片、安定。有炎性肿痛时可服用抗菌素，如先锋Ⅵ号、氟哌酸、灭滴灵等。针刺合谷、颊车、下关也可止痛。

六、角膜异物

飞入眼内的异物，附着或嵌入角膜，称为角膜异物。常见的异物有灰尘、细砂粒、铁屑、蚊虫等。

俗话说"眼睛里揉不得砂子"。角膜异物的主要表现是流泪、怕光、异物感、眼睛疼痛。角膜异物不及时处理，异物随着眼球转动而不断摩擦，致使角膜上皮层受损，并可引起感染、严重时角膜溃疡、全眼炎甚至丧失眼睛。

灰尘迷入眼内不要用手揉眼睛，可以让泪水把灰尘自然冲出。若泪水不能冲出，可用蘸水的棉签轻轻地拭出。石灰等化学药品迷入眼内是非常危险的。要立即用水冲洗，洗眼时间在 5 分钟以上。也可把脸浸入盛水的脸盆中，反复眨动眼睑，使角膜异物去除。如图 96 所示。待取出异物后，最好用眼药膏涂眼内，不必包扎。

有的角膜异物用肉眼观察很难发现，但患者异物感明显、眼球疼痛、流泪、怕光，这时要去医院检查。医生使用一种荧光素染色的方法，在强光照射下，用放大镜检查角膜，寻找并取出异物。

此外，对飞入眼内的异物，不管其在上眼睑还是在下眼睑，都应及时取出。否则可能磨伤角膜，引起角膜感染等。取出下眼睑异物比较容易，用手指轻轻扒下眼睑，用水冲洗或用蘸水

下睑有灰尘时

扒开下眼皮用
温水棉棒擦掉

上睑有灰尘时

①先用棉棒放在睫毛上
顺手翻开眼睑

②用湿水棉棒擦掉灰尘

A. 异物掉进眼里时

化学药品进入眼时，
用水壶冲洗 5 分钟以上

B. 化学药品进入眼里

图 96　角膜异物去除方法

A. 异物掉进眼里时；B. 化学药品进入眼里时

棉签轻轻擦拭即可。若异物在上眼睑，首先要会翻开眼睑。这时让患者眼睛向下看，自然放松，再把棉棍或体温计头放在上眼睑上，用手边牵拉患者眼皮，边向上翻转，可使上眼睑翻开再按上述方法去除异物。

七、头痛

头痛是一种常见症状，很多疾病可伴发剧烈头痛。有时头痛是一些严重疾病或慢性疾病突变的一种早期信号。

引起头痛的原因很复杂，有颅内占位性病变如脑瘤，引起的头痛；有血压变化如高血压，引起的头痛；有血管变化，如颅内血管扩张，引起的头痛；有五官疾病引起的头痛等等。

一般说来剧烈头痛多见于脑膜炎、脑肿瘤、蛛网膜下腔出血、高热。血管性头痛多数为搏动性跳痛。脑瘤头痛为强烈钝痛，间隙性或持续性发作。有中耳炎病史、头痛发热可能是脑脓肿。有高血压动脉硬化病史，常见血管性头痛。有感冒及传染病接触史发热头痛者可能为脑膜炎等病。还有一种病叫三叉神经痛。这种病人多在50岁左右，头痛为阵发性，每次持续数分钟，说话、进食或洗脸能诱发，疼痛部位在面颊、口角或眉头处。剧烈头痛十分痛苦，必须细心诊断，及时治疗。

一般治疗可使用镇痛剂和镇静剂。现在市售止痛药百服宁，必理通效果较好，副作用小。

头痛发作时作为对症治疗手段可用针灸、推拿、耳针等。针刺取穴：颌厌、悬厘、悬颅、率谷。风邪上扰（头部胀痛或头重如裹，周身酸疼，鼻塞流涕）加风池、合谷；痰浊上扰加丰隆、阴陵泉；肝阳上亢（头痛伴眩晕，面潮红，心烦易怒）加行间、太冲、侠溪；气血不足（头痛绵绵，面色无华，劳累加重）加百会、气海、足三里。虚证用补法，实证用泻法。按摩推拿疗法有以下几种手法：

①推印堂→上呈→百会→风府→大椎及太阳→率谷→风池→肩井。

②四指弯曲弓直梳爬头皮，每次（5～10）分钟，稍加用力。

③梳头之后采用摩面法，直至面部有发热感后，用两拇指指腹揉按太阳穴（10～20）次，再由眉梢用力捋至太阳穴10余次。

若头痛诊断明确，应进行病因治疗。如果是颅内压增高引起头痛，先用50%葡萄糖静脉注射（40～60）毫升，或用甘露醇静脉滴注，快速降颅内压。偏头痛可口服或肌肉注射酒石酸麦角胺。三叉神经痛，针刺风池、医风、下关、合谷、太阳、频车等穴。

头痛患者应做到劳逸适度、作息有序、避免过度紧张。平日注意保健，如气功、太极拳等。还可用香枕疗法，即用菊花枕、王氏长寿枕等做枕头睡眠，有一定防治头痛作用。

八、晕厥

晕厥也称昏厥，是突然发生的、短暂的意识丧失状态，为大脑一时性、广泛性供血不足所致。

晕厥与昏迷不同。昏迷的意识障碍通常持续时间较长、恢复困难。

晕厥也不是日常所指的眩晕。眩晕主要是发作时感到自身或周围景物旋转，而一般无意识障碍。

那么，在什么情况下容易发生晕厥呢？一般而言，晕厥在直立位置较易发生。如直立性低血压患者常于卧位突然起立时发生晕厥。青壮年男性夜间睡醒后起床排尿时可发生“排尿性晕厥”，服用某些降压药物者骤然起立时可发生直立性低血压晕厥。

根据晕厥发生原因大致可以分为以下几类：

①心源性晕厥。多见于心源性脑缺血综合症，阵发性心动过速、阵发性心房纤颤、病态窦房结综合症、主动脉瓣狭窄、左心房粘液瘤、左心房血栓形成等等。

②脑原性晕厥。多见于脑动脉粥样硬化、一过性脑缺血发作、主动脉弓综合症等。

③血管舒缩障碍。比较常见的是单纯性晕厥，即常因剧痛、受凉、恐怖、看见血液等引起晕厥。其次见于体位性低血压引起晕厥，这是由于站立时血液聚集于下肢，血压骤降，脑缺血所致，常见于久病卧床、妊娠、贫血、剧烈运动、站立过久等病人。还有一种病叫颈动脉窦过敏。这种病人在头部突然转动、抬头或领扣过紧时引起颈动脉窦（一种敏感的压力感受器）过敏反射使迷走神经兴奋，心率减慢、血压下降，导致脑一过性缺血。

④血液成分异常。常见于低血糖状态、过度换气、严重贫血等。



图 97　胸前捶击法

遇到突然晕厥的病人应采取以下急救措施：

（1）使患者平卧、抬高下肢、松解衣扣。

（2）病人呕吐时应将其头侧向一边，防止呕吐物误吸。

（3）病人神志意识转清后，可给予热茶、糖开水。

（4）已知为心源性晕厥者，首先用拳击心前区。具体做法是：右手握拳，离患者前胸 40 厘米高处以中等力量叩

击其胸部，以握拳的尺侧接触患者胸壁，落点在正中胸骨的中1/3与下1/3交界处（图97)。有时需紧急静脉注射阿托品1毫克或肾上腺素1毫克。

（5）如果患者抽搐，可将口撑开，垫上牙垫以免把舌头咬破。紧急时可用筷子裹上手绢代替牙垫。

（6）对于晕厥病人，发作时对症处理，意识恢复后要认真检查病因，以便彻底治疗。

九、孕妇不正常出血

孕妇不正常阴道出血在妊娠期妇女中常有所见，发生出血后神情十分紧张。

首先我们看看妊娠期阴道出血的种类。一般妊娠早期阴道出血包括流产、宫外孕、葡萄胎、绒癌；妊娠晚期发生的阴道出血包括前置胎盘、胎盘早期剥离。

流产时阴道出血或多或少。根据出血情况和腹部疼痛轻重，医生判断病人是先兆流产、难免流产、不全流产、完全流产、过期流产、感染性流产等。不全流产时有大量阴道流血，并有部分妊娠组织物排出，宫颈口开放。阵发性下腹部疼痛。葡萄胎病人排出的血液中有时可发现混有透明的水泡，多数有12周以上停经史，子宫常大于停经月份。少数葡萄胎病人剧烈呕吐、高血压、水肿、蛋白尿。绒癌是恶性程度较高的滋养叶细胞病变，阴道流血不规则，常有肺、脑转移，出现咳血、剧烈头痛。阴道检查有紫色结节状转移瘤。前置胎盘多见于多胎经产妇，典型症状的妊娠晚期无痛性阴道出血，产科检查，宫口可扪及胎盘组织。胎盘早期剥离常见于妊娠毒血症产妇，子宫压痛或强直性收缩如木板样，胎心常消失。

孕妇不正常阴道出血发生时，切忌紧张慌乱，应尽快请医生或呼叫救护车送往医院。在医生到来之前，要仔细观察出血

情况，并做适当的处理。如立即把冰袋放在下腹部、冷敷止血，同时把腿抬高，防止大出血引起休克。如果患者恶心呕吐，要把头偏向一侧，防止窒息。

十、紧急避孕

计划生育作为一项国策，已经深入人心。然而在日常生活中往往有意外变故发生。比如夫妻同房时避孕套破损或滑脱，安全期计算错误、体外排精控制失败，或遭到男性奸污等等。若上述情况发生在妇女两次月经中间的排卵期，可能有30%妇女发生非意愿妊娠。根据人工流产统计结果，(30～50)%是由于未采取避孕措施或避孕失败而引起。为保护妇女身心健康，降低人工流产率，宣传和推广紧急避孕非常必要。特别是被强奸女性，一定从悲痛中解脱出来，战胜精神上创伤，采取有效的紧急避孕措施。

事后一小时内用稀释的醋、酸性肥皂等清洗阴道内外部，以便有助于防止孕妊和性病。现在科学研究出非意愿妊娠者，在同房性交3天内服用药物或在性交5天内放置宫内节育器，可有效抑制受精卵着床，使妊娠的危险降到2%以下。相信以后还会有更好的办法诞生。“亡羊补牢”，为时不晚。

十一、坠楼

坠楼见于儿童玩耍不慎从阳台等处掉下，或者施工时不慎从高处摔下，或者自杀者从高楼跳下。无论哪一种情况，都会造成不同程度损伤，以至死亡。依据楼层高度、着地部位、地面状况等因素，坠楼可形成颅脑外伤、胸外伤、腹外伤、四肢及脊柱骨折等损伤。

颅脑损伤是因为头部着地，形成颅骨骨折脑挫裂伤。如果病人坠楼后即刻昏迷不醒，为原发性脑损伤；如果病人有中间清醒期，即先是昏迷，后意识转清，又陷入昏迷，为颅内血肿

引起。对于这类病人要严密观察血压、脉搏、呼吸变化，严密观察瞳孔变化。瞳孔一大一小，意识障碍，偏瘫，说明有脑疝发生。

胸部外伤主要是肋骨骨折。单纯肋骨骨折时吸气时胸痛，不敢咳嗽。多发性肋骨骨折，即所谓梿枷胸，则呼吸困难、烦躁不安、口唇青紫。

腹部伤多发生肝、脾破裂和肾挫裂伤。病人有内脏出血表现：面色苍白、脉搏细弱且快、口渴、腹痛、恶心呕吐、血压下降。肾挫裂伤时出现血尿。

坠楼时臀部着地往往发生脊柱压缩性骨折。下肢瘫痪，有时合并骨盆骨折，尿道断裂。四肢骨折是坠楼常见损伤。

对坠楼病人现场处置十分重要，否则会延误伤情，而不正确的处置又容易使病人“雪上加霜”。

坠楼病人往往是多发性损伤，救护时不能顾此失彼。一般有脑疝发生时，要赶快输入甘露醇、高渗葡萄糖，同时赶紧送往医院。胸部肋骨骨折先包扎固定，其方法多种多样。四肢骨折可就地取材，用木板等固定，木板长度应超过上下两个关节。脊柱损伤特别注意颈椎骨折的处理。搬动伤员时应有一人抱头牵引固定颈部抬上木板担架，用衣服、毛巾、砂袋等固定头颈两侧，以防摆动头部。用担架运送伤员时使伤员脚在先头在后，这样便于抬担架的人观察病人神志及病情变化。有关外伤的详细救护常识在以前章节中均有较具体叙述，可参考相应部分。

十二、自缢

自缢患者颈部有索痕，而且有颈部软组织瘀血。因颈静脉回流受阻故面色青紫，发现后若及时抢救效果较好；如果自缢时间较长，颈动脉与颈静脉血流同时被阻断，则面色苍白，预后很差。

自缢死亡的机理是喉头气管被绳索挤闭，空气不能进入肺内进行气体交换而产生窒息。同时颈部大血管也被挤闭阻断血流，血液不能达到颅内使脑及延髓缺血。脑对氧气需求量相对较多，依赖性较大，如果缺氧时间超过 4 分钟，大脑就会产生不可逆损害。

救自缢患者时先将其抱住，再迅速割断绳索，避免绳断时患者摔伤。然后把患者放平，解开衣领，立即进行人工呼吸。若呼吸停止后心跳也停止，应进行心脏按压。其操作手法如第一章描述。

第六章　家庭用药常识

一、家庭小药箱的配置

随着人们生活水平提高，自我保健意识加强，医药知识的普及，不少人家配备了急救药箱。这样，在家人受伤或得急病时，马上可以得到最基本的处置和治疗。

急救药品种类繁多，家庭用药箱大小有限，所以只能配备最常用急救药品。

急救箱的 8 种外用药：

75%酒精；

2%碘酒；

3%双氧水（也叫过氧化氢）；

抗生素软膏（四环素软膏、红霉素软膏等）；

抗组织胺软膏（氢化可的松软膏、肤轻松等）；

眼药水或眼药膏（庆大霉素眼药水、氯霉素眼药水、红霉素眼膏等）；

创可贴；

扶他林软膏。

急救箱内 10 种内服药：

解热剂（扑热息痛、阿司匹林等）；

止痛药（百服宁、去痛片等）；

解痉药（颠茄片、阿托品等）；

止泻剂（黄连素、痢特灵、复方苯乙哌啶等）；

晕车药（西比灵、乘晕宁等）；

扩血管药（心痛定、硝酸甘油等）；

镇静剂（奋乃静、安定等）；

抗过敏药（克敏能、非那更等）；

抗生素（氟哌酸、阿莫仙、红霉素等）；

抗心律失常药（异搏定、心律平等）。

其他医疗用品：

棉签、纱布、绷带、胶布、镊子、剪刀、体温计。

药箱上有明显的红十字标记，放在全家都知道的地方。药箱内的药品应及时补充、更换，防止某些药品失效。药箱内放一张联系卡，卡片上记载医疗关系医院、有联系的大夫姓名、联系电话号码，以便万一需要时谁看到此卡都能及时取得联系。

没有急救药箱怎么办？这种情况多发生在事故现场，可以就地取材，用身边的东西临时代替。如长筒袜子代替绷带；领带代替止血带；杂志、尺子、手杖代替骨折固定用夹板；手帕烫熨后作消毒纱布。

二、家庭用药的学问

1. 服药最佳时间

安眠药最好在睡前（2～4）小时内服用。

驱虫药宜在晚上临睡时或清晨空腹时服用。

抗菌药物一般每隔 6 小时服药一次。

滋补类药物应在晨起空腹时或夜晚临睡前服用。

缓泻、避孕药一般在夜晚临睡前半小时服用。

降压药一般应分别安排在早 7 时、下午 3 时和晚 7 时服用。

消心痛、心痛定等抗心绞痛药物一般在排便前或看球赛前或赶车前半小时服用。

维生素类药物一定要在饭后服。

乘晕宁在坐车乘船前服，隔（6～8）小时重复一次。

消炎痛早7点晚7点服治关节炎疗效最佳。

哮喘患者易在凌晨发病，在引起哮喘敏感时间（晚上12点至凌晨2点）服抗哮喘药最好。

洋地黄早晨服治疗心脏病效果最好。

2. 服药方法

饭前服。凡要求充分吸收、疗效快而无刺激性的药物应在饭前服。如痢特灵、氟哌酸等。

饭后服。凡对胃有刺激性药物均宜饭后服，如阿斯匹林、消炎痛等。助消化食物也应饭后服，如食母生等。

吞服。指将药片整个用水冲服下去，在胃中不被溶解和破坏，完整进入十二指肠或空肠再释放出来，增加疗效。

嚼碎服。如氢氧化铝片等，这种方法服药能很快在胃壁上形成一层保护膜，从而减轻食物对胃壁溃疡的刺激性。

舌下含服。用于作用强、用量少、且溶于脂质的药物，如硝酸甘油。

3. 服药禁忌

慎用：有些药物说明上标明“慎用此药”，是指在医生指导下用药，严密观察药物的副作用，并非绝对不能用此药。

忌用：指尽量避免应用的意思。有些药品毒副作用大，用后给病人带来不良后果。但因个体差异和某种医疗需要尚须医生灵活掌握，不能一概而论。

禁用：因病人服某种药物后会出现严重的不良反应或中毒，应禁止使用。

服药三不宜：不宜两次的药一起吃；不宜干吞药片；不宜躺着服药。

4. 哪些中西药物不宜同时服用

四环素、土霉素、强力霉素等不能和中药石膏、瓦楞子、寒

水石同时服用。这些中药含的主要成分硫酸钙能与四环素等结合形成人体难以吸收的物质。

抗生素不宜与中药麦芽、神曲、淡豆豉合用。合用可使抗生素疗效下降，中药所含消化酶活性下降。

磺胺类药物不宜与中药乌梅、蒲公英、五味子、山楂、山萸肉等同服。这些中药含有机酸，与磺胺药产生尿结晶，引起尿闭、血尿等反应。

阿斯匹林不能同甘草、鹿茸同服，特别是消化道溃疡病人不能同时服用，否则会加重病情。

高血压病人不宜在服降压药同时服用麻黄。中药麻黄能使血压升高。

西药优降糖等降糖药不可与甘草、鹿茸、人参等中药同时服用，后者有使血糖升高作用。

失眠病人用溴化钠、溴化钾时不能服用朱砂，以免引起药源性肠炎。

三、家庭用药误区

有了家庭小药箱，用药确实很方便，但是还要掌握基本的用药常识，才能使小药箱真正发挥治病救急的作用。不正确地用药不仅不能医好病有时还会加重病情，或引起严重的药物副作用。

有的人得了病希望多用几种药，以期病好得快些。但是，如果不注意药物配伍，则欲速不达。比如青霉素是杀菌药，主要作用于细菌的细胞壁而起抗菌消炎作用。红霉素、螺旋霉素、四环素、麦迪霉素等是抑菌药，主要通过抑制细菌核酸代谢而起抗菌消炎作用。如果把以上两类药合在一起使用，会使药效降低，还不如单独使用有效。此外，有些药物具有副作用，不合理用药可以使副作用增加，如使用庆大霉素就不能再用卡那霉

素，因为二者对肾脏和耳神经都有一定程度损害。比如腹泻病人，可选用黄连素或痢特灵或氟哌酸等药，如果认为减少肠胀气再加上乳酶生，则是画蛇添足了。这是因为乳酶生为活的乳酸肠球菌制剂，和抗菌素同服则使活乳酸菌被杀灭，结果是“两败俱伤”，疗效均降低。再如治疗胃痛、恶心反酸时，服用胃舒平又加上胃复安，其实这两个药作用机制正好相反。胃舒平是松弛平滑肌，延长胃排空时间的抗酸解痉药，而胃复安则是促进胃肠蠕动，加快胃内容物排空的。如此两药合用本意是为了快点把胃病治好，而实际效果则使胃病不能“舒平”，也不能“复安”。

日常生活中最常见的病是发热，似乎人人都会治感冒发热。只要发病，就用退热剂，就用感冒冲剂。对于发热只服阿司匹林等退热剂属于对症治疗，根本的病因尚须去除，如对于发热病人是由扁桃体发炎引起的呢还是其他炎症引起的？因而弄清发热原因，结合使用抗菌消炎药物，热才能退下来。再说使用感冒冲剂，中医强调辩证论治。感冒分风寒风热两大类。风寒感冒治疗原则是发散风寒，辛温解表，中药成分以荆芥、防风、羌活、杏仁、苏叶为主。风寒感冒多发生在冬季，恶寒重、发热轻、无汗、头痛、肢节酸痛、鼻塞、流清涕、痰稀色白、口不渴、舌苔薄白。风热型感冒治疗原则是辛凉解表，清肺透热，中药成分以金银花、连翘、桑叶、菊花、柴胡、薄荷、板蓝根、大青叶、牛蒡子为主。风热感冒多发生在春季，身热重，微微怕风，鼻塞流黄浊涕、口干微渴痰稠色白黄，脉浮数。有了这些基本知识，就能对症用药，不至于犯治疗上的错误。

家庭用药中还有一种常见的错误是不按规律用药。病情急重时尚能按时按量服药，一旦病情好转就“好了伤疤忘了痛”，不按时不按量用药。有些药是不能骤停的，骤停会加重病情，引

发严重并发症。比如降压药心得安、甲基多巴是治疗高血压的药物，当血压降至正常时骤然停药，血压出现反跃，甚至超过治疗前水平，出现头晕、头痛、视力模糊等症状，更严重时会出现脑血管破裂出血。降糖药也不能立即停药。特别是使用胰岛素，如果突然中断用药可使病人血糖骤升，严重时出现酮症酸中毒昏迷。其他如抗癫痫药、抗心律失常药、镇静剂、皮质激素类药物，都不能病情刚好转就立即停药。抗菌素使用要按照要求服用。以便达到有效血浓度。如果服药不经心，“三天打鱼两天晒网”，忘记按时用药，不但不能彻底消灭细菌，反而使细菌产生抗药性，急性病变成慢性病，延长了病程。

家庭用药的另一个误区是长期服同一种药物，结果逐渐产生耐药性，药物的作用降低或完全失效；长期服用同一种药物会造成对药物依赖性，有时本来可以不服此药，却欲罢不能，一天不服用，就觉得全身不舒服。

四、药物引起的精神症状

药物名称	主要症状
合霉素（或氯霉素）	幻视、幻听、语言紊乱意识障碍、运动兴奋
雷米封	兴奋多语、幻觉、意识不清
驱虫药	意识不清、幻视、烦躁
利血平	抑郁、嗜睡、头痛
巴比妥类药物	谵妄、幻觉、头痛
苯妥英钠	运动失调、眼球震颤、多发性神经炎
皮质激素	欣快感、焦虑、轻度语言障碍
阿托品类	谵妄、语言紊乱
溴盐	意识不清、紧张、幻觉
呋喃类	谵妄或类精神分裂
消炎痛	躁动、四肢强直

五、常见的对性功能有影响的药物

阳　萎	性欲降低	性欲旺盛
尼古丁	冠心平	巴比妥（小量）
雌激素	苯妥英钠	安眠酮
阿托品	吩噻嗪	雄激素
利眠宁	抗组胺药	同化激素
泰尔登	酒精	苯丙胺
甲氰米胍	心得安	可卡因
洋地黄类	利血平	亚硝酸异戊酯
胍乙啶	安体舒通	
丙米嗪	可乐宁	
溴本辛	巴比妥	
噻嗪类利尿药	α一甲基多巴	
甲硫达嗪		

六、对肾脏有损害的药物

常用药物中对肾脏有损害的有：

庆大霉素、卡那霉素、链霉素、两性霉素 B、氨苄青霉素、复方阿司匹林杆菌肽、先锋霉素、多粘菌 B、右旋糖酐、金盐类、甲氧氟烷、白消安、巴比妥类、新霉素、青霉胺、青霉素 G、保泰松、汞撒利、利福平、磺胺类、四环素类、万古霉素、紫霉素。

七、对肝脏有损害的药物

常用药物中对肝脏有损害的有：

乙醇、无味红霉素、乙硫异烟胺、利福平、扑热息痛、消炎痛、异烟肼、眠尔通、巯基嘌呤、他巴唑、甲氨蝶呤、甲基多巴、光辉霉素、自力霉素、烟酸、呋喃妥因、新生霉素、青霉素类、苯乙酰脲、氮苯吡啶、苯乙肼、苯巴比妥、吩噻嗪类、保泰松、苯妥英钠、普鲁卡因酰胺、丙基硫氧嘧啶、吡嗪酰胺、氨基水杨酸、锑化合物、砷剂、L-门冬酰胺酶、氯磺丁脲、苯丁酸氮芥、氯霉素、利眠宁、氯磺丙脲、口服避孕药、安定、亚

铁盐、胍生、氟烷、阿的平、水杨酸盐、磺胺类、四环素类、鞣酸、噻嗪类利尿药、D860、苯环丙胺、三甲双酮、三乙酰竹桃霉素。

八、孕妇禁用的药物

妊娠早期禁用西药：甲氨蝶呤、白消安、苯丁酸氮芥、6-巯基嘌呤、环磷酰胺、白血宁、秋水仙碱、放射性碘、可的松、反应停、利眠宁、眠尔通、敏克静。

整个妊娠期间禁用西药：乙烯雌酚、睾酮、氯磺丙脲、甲磺丁脲、甲基硫氧嘧啶、他巴唑、四环素、氯丙嗪、奋乃静、氟哌丁苯、苯巴比妥、苯海拉明、乘晕宁、扑尔敏、丙米嗪、苯丙胺、苯妥因钠、扑痫酮、双香豆素、苄丙酮双香豆素、氯喹、乙胺嘧啶、奎宁、非那西丁、水杨酸类、毛果芸香碱、麻黄素、鼻眼净、噻嗪类利尿剂、大量维生素K、肾上腺皮质激素、镇静剂、巴比妥类、吗啡、烟碱。

临产前禁用西药：链霉素、卡那霉素、新霉素、氯霉素、长效磺胺、阿司匹林。

孕妇禁用中草药：斑蝥、大戟、巴豆、牵牛、商陆、乌头、皂角、天南星、芒硝、大黄、番泻叶、三棱、莪术、水蛭、虻虫、麝香、常山。

慎用中草药：桃仁、红花、茜草、附子、干姜、肉桂、半夏、瞿麦、木通、通草、茅根、牛膝、元胡、丹皮、赭石、薏苡仁、牛黄。

九、药物配伍禁忌

青霉素类与四环素、红霉素。

四环素类与阳离子制酸药、牛奶、氯丙嗪。

庆大霉素与多粘菌素及先锋Ⅱ号。

先锋霉素与过酸过碱的溶液。

氯霉素与青霉素，苯巴比妥。

多粘菌素与卡那霉素、新霉素、链霉素。

红霉素与羧苯磺胺。

灰黄霉素与口服抗凝药、巴比妥类。

卡那霉素、新霉素、链霉素、庆大霉素与麻醉药及肌肉松弛药、乘晕宁。

庆大霉素与羧苄、氨苄青霉素。

磺胺药与对氨苯甲酸、盐酸普鲁卡因、青霉素、制酸药。

乌洛托品与尿道碱化剂、磺胺药。

金刚烷胺与中枢兴奋药、安定。

对氨水杨酸与水杨酸、肝素。

异烟肼与度冷丁、拟肾上腺素药。

驱蛔灵与吩噻嗪类（氯丙嗪、奋乃静）。

氯喹与氯丙嗪、保泰松、氯化铵。

灭滴灵与乙醇。

镇静安眠药与优降宁。

巴比妥类与口服抗凝药、灰黄霉素、苯妥英钠、甾体激素、肼苯哒嗪。

苯巴比妥与氯丙嗪。

水合氯醛与口服抗凝药。

安眠酮与利血平。

苯妥英钠与皮质激素。

硫酸镁针剂与麻醉药、巴比妥类。

安乃近与氯丙嗪。

消炎痛与水杨酸盐、保泰松、皮质激素。

保泰松与水杨酸盐。

水杨酸盐与巴比妥、丙磺舒。

眠尔通、氯丙嗪、泰尔登与安乃近、降压利水剂。

氯丙嗪、泰尔登与肾上腺素、间羟胺。

苯甲酸钠咖啡因与优降宁。

优降宁、痢特灵、单胺氧化酶抑制剂与醇、麻醉药、咖啡因、安定、麻黄碱及其衍生物、降压药、含酪胺食物（干酪、葡萄酒、腌鱼、鸡、肝、扁豆等）。

肾上腺素与右旋甲状腺素、酚妥拉明、妥拉苏林、心得安、盐酸普鲁卡因、异丙肾上腺素。

麻黄碱与胍乙啶。

多巴胺与单胺氧化酶抑制剂、抗肾上腺素药。

间羟胺、恢压敏与单胺氧化酶抑制剂、胍乙啶、利血平。

恢压敏与氯丙嗪。

甲氧胺与麦角。

新斯的明与阿托品、普鲁本辛、654-2。

胍乙啶与洋地黄、升压药、氯丙嗪。

肼苯哒嗪与肾上腺素、酒精。

优降宁、利血平与胍乙啶。

洋地黄与钙盐、利尿剂、皮质激素、肝素、普鲁卡因酰胺、心得安。

心得安与降血糖药、异丙肾上腺素。

奎尼丁与氯丙嗪。

利多卡因与优降宁。

亚硝酸酯与乙酰胆碱、组织胺、去甲肾上腺素、潘生丁、肝素。

氨茶碱与尿液酸化剂（氯化铵）。

双香豆素与皮质激素、促皮质激素、苯妥英钠、安乃近。

肝素与鱼精蛋白。

利尿酸、速尿与醇、巴比妥、优降宁、氯丙嗪、阿司匹林、皮质激素及促皮质激素。

睾丸酮与巴比妥。

皮质激素、促皮质激素与水杨酸盐、消炎痛。

口服避孕药与抗凝药、降血糖药。

胰岛素、降糖灵、D_{860}与皮质激素、利尿药、口服避孕药、氯丙嗪、烟酸。

脂溶性维生素（A、D、E、K）与矿物油。

抗组织胺药与口服抗凝药、安络血、肝素。

苯海拉明与皮质激素。

抗肿瘤药与其他抑制骨髓药物。

环磷酰胺与巴比妥、皮质激素。

更生霉素与青霉素G。

阿霉素与环磷酰胺。

硫鸟嘌呤与辅酶A。

甲氨蝶呤与强的松、四氢叶酸。

长春花碱与谷胺酸、辅酶A、色氨酸、强的松。

铵盐与巴比妥类钠盐。

镁盐与可溶性硫酸盐、磷酸盐、硼酸盐、草酸盐、氢氧化物。

甘油与汞盐。

水合氯醛与碱或金属的弱酸盐、硼酸盐。

水杨酸及其钠盐与高铁盐、铜盐、亚硝酸盐。

硝酸甘油脂与碱。

苯海拉明与碱性溶液。

普鲁卡因与金属盐、氧化剂、碘化物。

阿托品硫酸盐与碱性溶液。

毛果芸香碱与碱。

咖啡因与酸。

各种青霉素与酸碱。

链霉素与酸、碱、氧化物。

土霉素与咖啡碱、水杨酸钠。

红霉素与硼酸、苯佐卡因、苯酚及阴离子表面活性剂。

维生素 E 与氧化性药物（如高铁盐、银盐）。

维生素 B_1 与亚硫酸盐。

维生素 B_2 与还原剂（如亚硫酸盐）。

维生素 B_{12}与树胶、单糖、维生素 C、硫酸低铁。

叶酸与磺胺嘧啶、钙盐。

维生素C 与金属离子、碱、氧化剂、核黄素或微量的铁、铜。

十、中药配伍中的相反与相畏

两种药物同用后会产生强烈的副作用，叫做相反。相传有十八种中药相反：

甘草反大戟、芫花、甘遂、海藻；乌头反贝母、瓜蒌、半夏、白敛、白芨；藜芦反人参、丹参、沙参、苦参、玄参、细辛、芍药。

两种药物同用，一种药物受到另一种药物的抑制，减低其毒性或功效，甚至完全丧失功效，叫做相畏。相传有十九种中药相畏：

硫黄畏朴硝、水银畏吡霜、狼毒畏密陀僧、巴豆畏牵牛、丁香畏郁金、牙硝畏三棱、川草乌畏犀角、人参畏五灵脂、官桂畏赤石脂。

第七章 如何看急诊

一、哪些病症需要看急诊？

掌握了家庭急救的常识，有了家庭小药箱，对于疾病的防治起到很大作用。但是，有些危急重症还是要立即送医院急诊检查治疗，家庭的处置只起临时救护作用。哪些疾病患者应该看急诊呢？有：

（1）急性高热（体温在39℃以上），伴有神昏谵语，抽搐，特别是小儿惊风；

（2）急性脑血管病所致偏瘫、失语、神志障碍、大小便失禁者；

（3）突然心前区疼痛，胸闷憋气、大汗淋漓、疼痛反复发作、胸痛彻背者；

（4）突然血压升高、头晕头痛、脚如踩棉、心跳加快、恶心呕吐、大汗、面色潮红或苍白；

（5）睡眠中突然憋醒，被迫坐起、痰为泡沫血性，唇舌紫绀；

（6）面色苍白、大汗或汗出如油、脉搏细弱快速、尿量减少、神志恍惚者；

（7）心慌、脉搏不整、血压下降、甚至颜面青紫、抽搐者；

（8）痰声漉漉，不能平卧，唇舌发紫，呼吸极度困难者；

（9）急性中毒（如服安眠药、DDV、煤气中毒及其他理化因素中毒者）；

（10）急性喉、气管异物；

（11）急性眼外伤或角膜异物、视力突然下降；

（12）突发性耳聋、外耳道异物、暴震性鼓膜损伤；

（13）腹痛突然加重，伴发热、腹肌紧张，腹痛拒按压，腹硬如板状；

（14）咯血、呕血、便血、尿血；

（15）外伤骨折、脱臼；

（16）烧伤、冻伤、毒蛇咬伤等；

（17）急性过敏性疾病，突然出现皮疹、皮肤搔痒、胸闷憋气、腹疼腹泻；

（18）溺水、触电、自缢、割腕、刎颈；

（19）产前或产后大出血；

（20）有高脂血症、高血压、高血糖的病人出现一过性肢体麻木、意识丧失时，发生中风的危险很大。

二、救护车来到前做些什么？

在救护车到达之前，我们究竟应该作些什么事情？

详细观察病情变化（神志、面色、出血量、大汗、体位等）并采取力所能及的急救措施，如人工呼吸、心外按压、包扎固定、止血、采取合适体位、用药、针灸、镇静、保暖等等。

打电话和急救站联系，简单扼要说明病人年龄、性别、发病时间、发病症状、目前病人所在位置、住所周围有何明显标志可做识别。

准备携带患者以前病历资料、健康卡、所服药物。

在运往医院途中应配合急救人员进行抢救，如清除口腔分泌物、呕吐物，保证气道通畅。

到医院急诊后在医生指导下，协助搬运病人，以正确的姿势把病人运往抢救室或诊室。

真实地、详细地、客观地向医生讲述病史，准确回答医生的问题。

附　　录

一、北京各主要医院急诊科

医院名称	电　话[1]	地　址	邮　编
北京友谊医院	63014411	宣武区永安路95号	100050
中日友好医院	64221122	朝阳区和平里樱花东路	100029
北京军区总医院	64012266	东城区南门仓5号	100070
北京中医院	64016677	东城区美术馆后街23号	100010
北京同仁医院	65129911	崇文门大街2号	100730
北京积水潭医院	66057631	西城区新街口东街31号	100035
北京东直门医院	64043642	东直门内北新仓18号	100700
北京急救中心	65255678	前门西大街103号	100031
解放军总医院	68182255	五棵松复兴路28号	100853
北京安贞医院	64212431	朝阳区安贞里	100029
北京医院	65132266	东城区东单大华路2号	100730
中医研究院西苑医院	62563344	北京西苑操场1号	100091
北京儿童医院	68528401	南礼士路56号	100045
北京协和医院	65295555	东城区帅府园1号	100730
北京朝阳医院	65007755	朝阳区白家庄路8号	100020
北京铁路总医院	63243617	海淀区羊坊店路	100038
北医大一院	66171122	西城区西什库大街8号	100034
阜外医院	68314466	北礼士路167号	100037
妇产医院	65250731	东城区骑河楼17号	100006
安定医院	62013330	德外水窑口安康胡同5号	100088
北京医大三院	62017691	海淀区花园北路49号	100083
海军总医院	66854229	海淀区阜成路6号	100037
空军总医院	66785831	西钓鱼台30号西院	100036
武警总医院	68212255	海淀区永定路69号	100039
北京市公安医院	65133377	东城区银闸胡同25号	100009
人民医院	66038321	西城区西直门	100034

①拨通电话后转急诊科。

二、北京各大医院特长介绍

中日友好医院 中日友好医院是由日本国援助、中日两国政府合作的现代化的综合性医院，以中西医结合为特点，具有医疗、科研、教学和康复等四项功能，设备精良，技术先进，拥有1300张床位。特色科室有内分泌科、血液透析、中医内科、中医肿瘤科、神经内科、神经外科、心内科、心外科、放射肿瘤科、急救与重症病房。

北京医院 北京医院是卫生部直属医院，具有医疗、教学、科研相结合的综合性医院，承担高级干部和外宾的医疗保健任务。主要诊治心血管、脑血管、呼吸系统、消化系统、代谢内分泌系统、白内障、老年性耳聋、老年性骨折、前列腺肥大、脑退行性疾病、老年妇女绝经后骨质疏松等老年性疾病。

协和医院 协和医院全称为中国医学科学院、中国协和医科大学北京协和医院，是一所担负医疗、科研、教学任务的综合性医院，是全国解决疑难病症的技术指导中心之一，世界卫生组织国际疾病分类合作中心，中国医学科学院妇产科、内分泌科、核医学科、眼科四研究中心设在该院。

阜外医院 阜外医院是一所主治心血管疾病的专科医院，是全国心血管病专业理论研究和培养人材的基地，也是世界卫生组织心血管研究和培训中心之一。以治疗冠心病、高血压、先心病、瓣膜病、肺心病、大血管病为主。

同仁医院 同仁医院是一所以眼科、耳鼻喉科医疗为重点、兼教学、科研等任务的市属综合性医院。主要诊治视网膜脱离复位术、玻璃体切割术、青光眼、白内障、角膜移植、异物取出等显微手术、激光手术、喉癌根治、鼻窦恶性肿瘤手术等居国内领先水平。

北京医科大学第一医院 北京医科大学第一医院是一所综合性水平很高的全国重点医科大学的教学医院。全院设有26个临床科室，还有多个研究所、研究中心及研究室。对心脏病、肾脏病、泌尿系疾病、小儿科各类疾病、妇产科及围产保健、小儿斜视弱视的防治、人工晶体治疗老年性白内障及其他眼科疾病、显微胆道取石、大面积烧伤、神经内外科、传染科、耳鼻喉科、皮肤科等疾病的治疗以及中西医结合治疗各种疾病尤显

专长。

北京医科大学第三医院 北京医科大学第三医院在试管婴儿、激光冠状动脉和周围血管成型术、冠状动脉搭桥、颈椎病、椎管狭窄扩大术、脊柱创伤、人工关节、髋膝关节矫形、运动医学、康复医学、耳显微外科、男性性功能障碍、不育症等领域均处先进水平。

积水潭医院 积水潭医院以创伤骨科和烧伤科为重点。特色科室有：手外科、显微外科、创伤骨科、烧伤科、小儿骨科、矫形骨科、骨肿瘤科。尤其烧伤科取得成绩蜚声中外。

北京儿童医院 北京儿童医院是市级儿科综合医院，该院与联合国儿童基金会合作，负责中国地区儿童急救和儿科医师培训，主要设有内科、外科、传染科、急救中心等临床科室和内分泌、消化、营养等实验室。

北京妇产医院 北京妇产医院是中国较大的妇产专科医院。对高危妊娠的及时识别和管理，对先天畸形的宫内诊断、胎儿宫内发育监测、胎儿胎盘功能监测、分娩时机与方式的合理选择，妊娠合并症等早期诊断和治疗，均颇具特色。

解放军总医院 解放军总医院（301 医院）是全军规划最大的综合性医院。设有临床基础医学、老年医学、耳鼻喉三个研究所，全军心血管外科、神经内科、外科、骨科、眼科、护理 5 个科技中心。临床医技科室共 80 余个，大部分专科诊治居国内先进水平，国外也有盛名。

空军总医院 空军总医院是一所专业齐全的综合性医院。其中特色科室有：新医正骨中心，糖尿病研究中心、皮肤病研究中心、心血管内科研究中心。

海军总医院 海军总医院是一所技术力量雄厚、具有现代化设备的大型综合医院。院内设 40 个专业科室，并建立了全军耳鼻喉专科中心、临床药理基地及高压氧舱群。

北京中医医院 北京中医医院以中医、药治疗为主，国内外享有盛誉。以肝病科、内科、外科、儿科、皮科、肿瘤科、针灸科、按摩科见长。依据各中医验方、秘方研制的 200 余种丸、散、膏、丹、片很有医疗特色。

北京友谊医院 特长普内科、外科、心肾科、热带病。

北京红十字朝阳医院 特长呼吸科等。

北京安贞医院 特长心血管疾病、心肺移植。

天坛医院 特长神经外科、影像诊断（地址：北京市崇文区天坛西里6号）。

宣武医院 特长神经内科等（地址：北京市宣武区长椿街45号）。

地坛医院 特长传染病（地址：北京市东城区安外地坛公园13号）。

北医口腔医院 特长口腔内外科（地址：北京市海淀区白石桥路36号）。

北京整形外科医院 特长整形、美容、组织移植、畸形矫正（地址：北京市北京西郊八大处 邮编100041）。

三、常用人体化验正常值

检查项目	标本	方法及正常参考值	备 注
红细胞计数(RBC)	血	(男)(400～550)万/mm^3	新制(4.0～5.5)×10^{12}/L
		(女)(350～500)万/mm^3	新制(3.5～5.0)×10^{12}/L
血红蛋白(Hb)	血	(12～16)g/dL(男)	新制(120～160)g/L(男)
		(11～15)g/dL(女)	(110～150)g/(女)
白细胞计数(WBC)	血	(4000～10000)/mm^3	新制(4～10)×10^9/L
白细胞计数分类(DC)	血	瑞氏染色法 中性杆状核(1～5)%(St) 中性分叶核(50～70)%(PMM) 嗜酸粒细胞(0.5～5)%(EOS) 嗜碱粒细胞(0～1)%(BaS) 淋巴细胞(20～30)%(LYMP) 单核细胞(3～8)%(MONO)	
血小板计数(Pt)	血	尿素法(10～30)万/mm^3	新制(100～300)×10^9/L
凝血时间(BT)	血	玻片法(1～4)min 试管法(6～12)min	

续表

检查项目	标本	方法及正常参考值	备　注
血液(ESR)	血	魏氏法　男(0～15)mm/h 女(0～20)mm/h	抗凝静脉血
尿比重	尿	折射计测法 1.015～1.025	
尿酸碱度(pH)	尿	试纸法 4.8～7.4	
尿蛋白定性试验	尿	阴性	
尿蛋白定量试验	尿	考马斯亮兰法(10～150)mg/24h	取 24h 尿 10ml
尿糖定性试验	尿	斑氏还原法　阴性	
尿酮体定性试验	新鲜尿	阴性	
尿胆红素试验	尿	试纸法　阴性	
尿胆元试验	尿	欧氏法　弱阳性	
尿胆素试验		试纸法　阴性	
尿红细胞	新鲜尿	离心沉淀法　男 0～1/HP 女 0～3/HP	
尿白细胞	新鲜尿	男 0～3/HP 女 0～5/HP	
大便潜血试验(OB)	便	阴性	
大便镜检	便	偶见少数上皮或白细胞(<15)	
脑脊液检查	脑脊液	蛋白定性(－)	
		蛋白定量(15～45)mg/dL	新制(150～450)mg/L
		糖定性 1～5 管阳性	
		糖定量(50～80)mg/dL	新制(2.8～4.5)mmol/L
		氯化物(700～750)mg/dL	新制(120～130)mmol/L
		白细胞<10	
体腔液检查	漏出液	密度<1.018	
		蛋白定性(－)	
		蛋白定量<3g/dL	
		每微升细胞<100	
	渗出液	比重>1.018	

续表

检查项目	标本	方法及正常参考值	备　注
体腔液检查		蛋白定性(＋) 蛋白定量＞3g/dL 每微升细胞数＞500	
血糖测定	血	GOD-POD法(70～110)mg/dL	新制(3.9～6.2)mmol/L
血清总蛋白(TP)		双缩脲法(5.8～8.1)g/dL	新制(58～81)g/L
白清白蛋白(ALB)		溴甲酚绿法(3.1～5.2)/dL	新制(31～52)g/L
白蛋白/球蛋白(A/G)		(1.5～2.5)∶1	
血尿素氮(BUN)	血	男(8.1～22.0)mg/dL	新制(2.9～7.9)mmol/L
		女(7.8～20.5)mg/dL	新制(2.8～7.3)mmol/L
血肌酐(CRE)	血	男(0.8～1.2)mg/dL	新制(70～106.5)mmol/L
		女(0.6～0.9)mg/dL	新制(53～80)mmol/L
血清总胆红素(T-Bil)	血	(0.6～1.2)mg/dL	新制(10～20)μmol/L
血清直接胆红素	血	(0～0.6)μg/dL	
肝功麝香草酚浊度试验(TTT)	血	比浊法(0～6)u	
谷丙转氨酶(GPT)	血	(0～37)u/L	
乳酸脱氢酶(LDH)	血	(120～520)u/L	
磷酸肌酸激酶(CPK)	血	男(36～200)u/L 女(26～150)u/L	
谷草转氨酶(GOT)	血	＜42u	
α-羟丁酸脱氢酶(HBDH)	血	(76～218)u/L	
碱性磷酸酶(AKP)	血	(100～280)u/L	

续表

检查项目	标本	方法及正常参考值	备注
γ-谷氨酰转肽酶（γ-GT）	血	(0～52)u/L	
淀粉酶	血	酸偶联显色<38u/L	新制
	尿	<314u/L	
总胆固醇(T-CHO)	血	酶法(130～250)mg/dL	新制(3.36～6.46)mmol/L
甘油三酯(TG)	血	酶法　男(40～160)mg/dL	新制(0.45～1.81)mmol/L
		女(28～108)mg/dL	(0.32～1.22)mmol/L
血清钾	血	(3.5～5.5)mmol/L	
血清钠	血	(135～145)mmol/L	
血清氯化物	血	(101～111)mmol/L	新制(95～110)mmol/L
血清无机磷	血	(3～5)mg/dL	新制(0.97～1.62)mmol/L
血清钙	血	(8.2～10.8)mg/dL	新制(2.05～2.7)mmol/L
肥达氏反应	血	H<1∶80 O<1∶160	
外裴氏反应	血	<1∶80	
抗链球菌溶血素O	血	O≤1∶500	
冷凝素试验	血	<1∶64	
乙肝表面抗原(HBsAg)	血	<1∶8	

四、医学常用缩写与代号

ac；AC：饭前服

ad us ext：外用

ad us mt：内服

am：上午

Amp：安瓿

bid：每日2次

BP：血压

Cito：急

gtt：滴

H：皮下注射

hs：临睡时

im；IM：肌内

inf：浸剂

inhal：吸入剂

mj：注射液
iv；IV：静脉注射
ivgtt：静脉滴注
Lin：搽剂
Lot：洗液
mist：合剂
pil：丸剂
pm：下午
prn：必要时
pulv：粉剂
qd：每天
qh：每小时
qid：每日 4 次
qn：每晚一次
Sos：需要时（限用 1 次）
st：立即
Syr：糖浆
tab：片剂
tid：每日 3 次
tint；tr：酊剂
ung：软膏
VD：静脉滴入

五、全国统一特种电话号码

120——急救中心
119——火警
114——市内电话查号台
110——匪警（报警服务台）
174——长途电话查号台
121——天气预报台
112——市内电话障碍台

参 考 文 献

1. 陈志周主编．急性中毒．第2版．北京：人民卫生出版社，1985.
2. 王德生主编．外伤急救．第2版．合肥：安徽人民出版社，1972.
3. 乔思杰译．家庭急救新法．第1版．河南：河南科学技术出版社，1988.
4. 王廷珍．高永利，孙志毅主编．家庭救护300问．第1版．西安：陕西科学技术出版社，1994.
5. 刘凤奎主编．医护备忘录．第1版．北京：人民交通出版社，1992.